



## CONTENIDO

EDITORIAL *pág. 1*1. VIGILANCIA  
EPIDEMIOLÓGICA DE  
LAS INFECCIONES  
INTRAHOSPITALARIAS*pág. 2-6*2. DAÑOS DE  
NOTIFICACIÓN  
OBLIGATORIA*pág. 6 - 11*3. VIGILANCIA  
EPIDEMIOLÓGICA DE  
ACCIDENTES  
OCUPACIONALES*pág. 11 - 14*4. VIGILANCIA  
EPIDEMIOLÓGICA DE  
MORTALIDAD  
NEONATAL Y FETAL*pág. 14 - 17*5. EVALUACIÓN POR  
DEPARTAMENTOS DEL  
MANEJO DE RESIDUOS  
SÓLIDOS  
HOSPITALARIOS*pág. 17*ACTUALIDAD EN  
EPIDEMIOLOGÍA*pág. 18*

## EDITORIAL

## “Inocuidad alimentaria como indicador positivo para la Salud Pública”

La inocuidad alimentaria es el conjunto de condiciones y medidas necesarias durante la adquisición de las materias primas, producción y/o elaboración, almacenamiento y distribución de los alimentos para asegurar que, una vez ingeridos no representen un riesgo apreciable para la salud. Los alimentos son la fuente principal de exposición a agentes patógenos, tanto químicos como biológicos (virus, parásitos y bacterias), a los cuales nadie es inmune, ni en países en desarrollo ni desarrollados <sup>(1)</sup>. Cuando los alimentos se contaminan en niveles inadmisibles de agentes patógenos y contaminantes químicos, o con otras características peligrosas, conllevan riesgos sustanciales para la salud de los consumidores.

En los últimos años, la aparición en prácticamente todos los continentes de brotes importantes de enfermedades de transmisión alimentaria ha demostrado su importancia como problema social y de salud pública. La carga de morbilidad pone a prueba la capacidad de los sistemas de atención sanitaria y afecta a la productividad económica general, mientras que la contaminación incontrolada de los alimentos es un obstáculo para el desarrollo de sistemas sostenibles de producción de alimentos. Es imprescindible que todos los países reconozcan que la cuestión de la inocuidad alimentaria es un problema de salud pública al que deben asignar alta prioridad. La OMS considera que el análisis de riesgos es el método adecuado para identificar los factores que afectan a la inocuidad alimentaria y establecer prioridades en las actividades destinadas a reducir la incidencia de las enfermedades de transmisión alimentaria <sup>(2)</sup>. Las emergencias de inocuidad de los alimentos son muy diversas y pueden ser descritas de manera diferente según el sistema de control de los alimentos de cada país en particular. La buena planificación promueve una intervención efectiva y oportuna <sup>(3)</sup>. El aseguramiento de la inocuidad alimentaria debe basarse en tres soportes fundamentales: Implementación de las BPM (Buenas Prácticas de manipulación), implementación de los POES (Programas de Higiene y Saneamiento) y la implementación de un plan de calidad como el HACCP (Análisis de los puntos críticos de control). Respecto al sistema HACCP como instrumento de gestión de la calidad ha pasado de ser una quimera a una realidad incuestionable. Es un procedimiento sistemático y preventivo, reconocido internacionalmente para abordar los peligros biológicos, químicos y físicos mediante la previsión y la prevención. Este sistema puede aplicarse en toda la cadena alimentaria, desde el productor primario hasta el consumidor. Además, la aplicación del HACCP conlleva otros beneficios como: un uso más eficaz de los recursos, ahorro para la industria alimentaria y el responder oportunamente a los problemas de inocuidad de los alimentos <sup>(4)</sup>. La inocuidad de los alimentos engloba acciones encaminadas a garantizar su máxima seguridad, salvaguardando la salud de los consumidores frente a riesgos relacionados a enfermedades transmitidas por alimentos. Por ello, las políticas y actividades que persiguen dicho fin abarcan toda la cadena alimenticia.

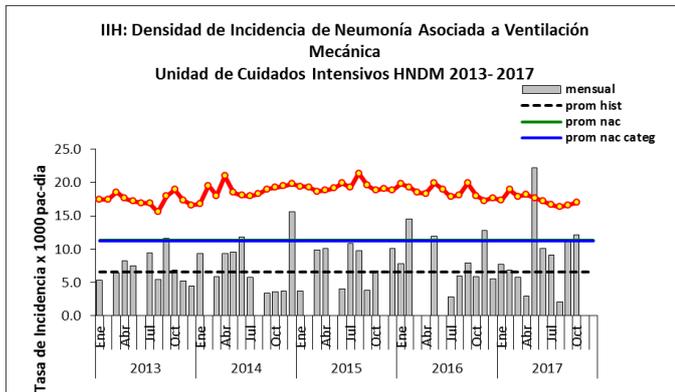
El Perú al igual que muchos países de América y del mundo ha reconocido la necesidad de controlar la producción de alimentos en todas las etapas de la cadena alimentaria, por ello el 2008 estableció los principios de una Política de Inocuidad de Alimentos como un derecho a la alimentación saludable y segura, a través del Decreto Legislativo N° 1062. Además en su artículo 15° señala que el Ministerio de Salud a través de la Dirección General de Salud Ambiental, es la Autoridad de Salud de nivel nacional con competencia técnico normativa y de supervigilancia en materia de inocuidad de los alimentos destinados al consumo humano, señalando como una de sus funciones en materia de inocuidad de los alimentos, el establecer las normas para la vigilancia sanitaria de los servicios de alimentación colectiva y de hospitales <sup>(5)</sup>. En nuestro hospital es prioritario dotar al personal de salud de una herramienta necesaria para lograr el fortalecimiento de las buenas prácticas de la inocuidad de los alimentos. En el presente año, nuestro hospital ha implementado un equipo del sistema HACCP para mejorar la calidad del Servicio de Nutrición. Esta inocuidad es responsabilidad de todos los actores involucrados con un enfoque de trabajo en equipo, es preciso que tanto la dirección como los trabajadores se comprometan y participen plenamente en el proceso.

## Referencias Bibliográficas:

1. Inocuidad alimentaria y certificación acreditada. Indecopi.2014
2. Inocuidad de los alimentos. OMS. 2001
3. Guía FAO/OMS para la aplicación de principios y procedimientos de análisis de riesgos en situaciones de emergencia relativas a la inocuidad de los alimentos. FAO/OMS.2010.
4. Sistemas de Calidad e Inocuidad de los alimentos. ONU. 2002
5. Norma sanitaria para los servicios de alimentación en establecimientos de salud. NTS N°098 - MINS/DIGESA— V.01. MINS 2012

## 1. VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE LAS INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS.

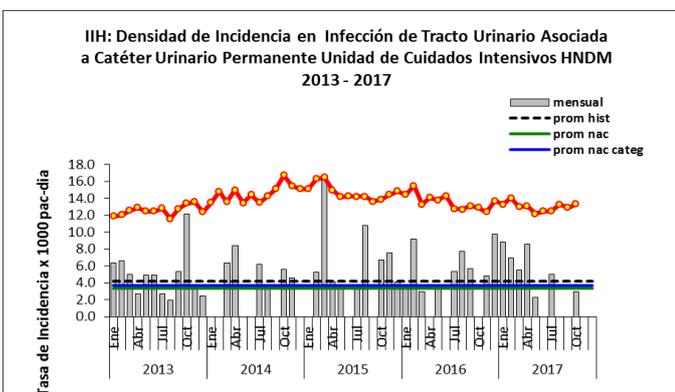
**GRÁFICO N° 1.1: DENSIDAD DE INCIDENCIA DE NEUMONIA ASOCIADA A VENTILACIÓN MECÁNICA-UCI**



Fuente: Base de datos del VEA-HNMD

La tendencia de las Neumonías Asociadas a Ventilación Mecánica en la Unidad de Cuidados Intensivos durante el año 2016, se ha mantenido por debajo del Promedio Nacional, del Promedio Histórico y del Promedio Nacional por Categoría, con excepción de los meses de marzo, mayo y noviembre. Durante el mes de octubre del 2017, se han registrado cinco casos de Neumonía Asociada a Ventilación Mecánica que representa una tasa de densidad de incidencia de 12.17 x 1000 días VM, sobrepasando el promedio histórico y el promedio nacional; es importante resaltar que se mantuvieron durante el mes 42 pacientes sometidos a V.M., con 411 días de exposición.

**GRÁFICO N° 1.2: DENSIDAD DE INCIDENCIA EN ITU ASOCIADA A CATÉTER URINARIO-UCI**

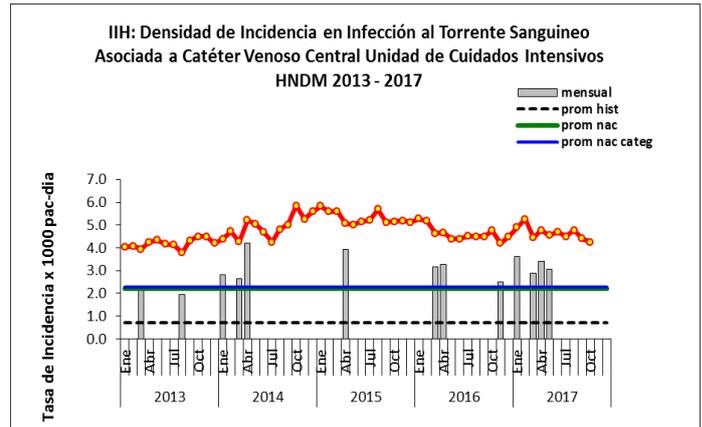


Fuente: Base de datos del VEA-HNMD

En la Unidad de Cuidados Intensivos durante el mes de octubre del año 2017, se reportó una Infección Urinaria Asociada a Catéter Urinario Permanente. Asimismo se identificaron 47 pacientes vigilados con 336 días de exposición.

La Infección urinaria asociada a catéter urinario en la actualidad plantea un problema clínico, epidemiológico y terapéutico de máxima importancia, por lo que la prevención es tarea prioritaria. La aplicación de las listas de cotejo de la metodología Bundle para prevenir las infecciones urinarias asociadas a catéter urinario, se continúan desarrollando en este servicio.

**GRÁFICO N° 1.3: DENSIDAD DE INCIDENCIA EN INFECCIÓN AL TORRENTE SANGUÍNEO ASOCIADO A CVC-UCI**

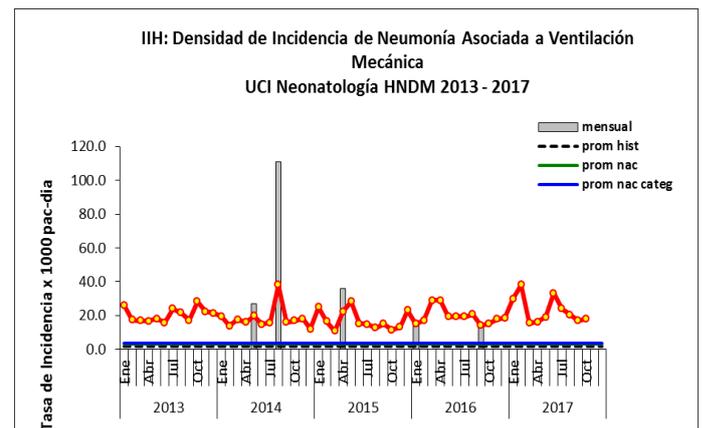


Fuente: Base de datos del VEA-HNMD

En relación a la Infección del Torrente Sanguíneo asociado a Catéter Venoso Central en la Unidad de Cuidados Intensivos no se presentaron casos durante el mes de octubre del 2017, se mantuvieron en vigilancia 50 pacientes con 386 días de exposición.

En esta unidad se incide en el cumplimiento de las normas de bioseguridad durante la inserción y mantenimiento del catéter venoso central.

**GRÁFICO N° 1.4: DENSIDAD DE INCIDENCIA DE NEUMONÍA ASOCIADA A VENTILACIÓN MECÁNICA-UCI NEONATOLOGIA**

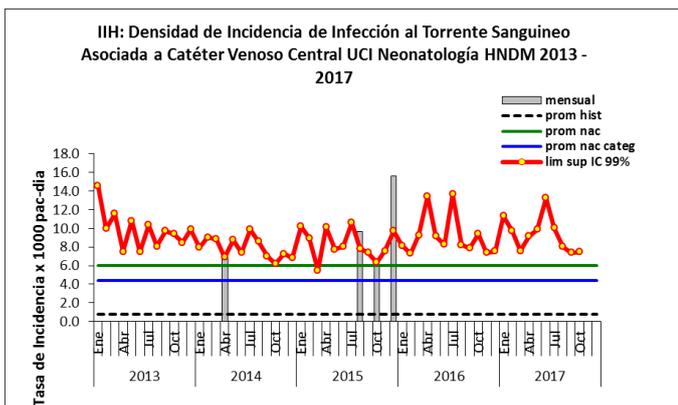


Fuente: Base de datos del VEA-HNMD

En la Unidad de Cuidados Intensivos de Neonatología no se han presentado casos de Neumonía Asociada a Ventilación Mecánica en pacientes neonatos durante el mes de octubre del 2017, sin embargo se vigilaron 03 pacientes sometidos a 44 días de exposición.

La neumonía asociada a ventilación mecánica es una complicación frecuente de la intubación y la consiguiente ventilación mecánica, esta enfermedad supone una pesada carga para el paciente y su familia, por esto es importante la prevención y un buen sistema de vigilancia de infecciones intrahospitalarias en el servicio por sí sola es una actividad que contribuye a la prevención.

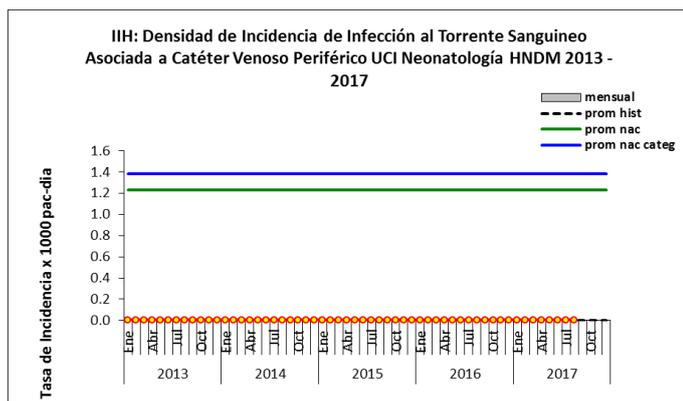
**GRÁFICO N° 1.5: DENSIDAD DE INCIDENCIA DE INFECCIÓN AL TORRENTE SANGUÍNEO ASOCIADO A CVC - UCI NEONATOLOGÍA**



Fuente: Base de datos del VEA-HNDM

En relación a las Infecciones de Torrente Sanguíneo asociada a CVC en el servicio de UCI de neonatología, no se han reportado casos durante el mes de octubre del año 2017. Estuvieron sometidos a vigilancia epidemiológica 10 pacientes con 114 días de exposición. El fortalecimiento de las medidas de bioseguridad son las acciones de mayor impacto, lo cual se debe continuar para mantener la reducción de éste tipo de infecciones.

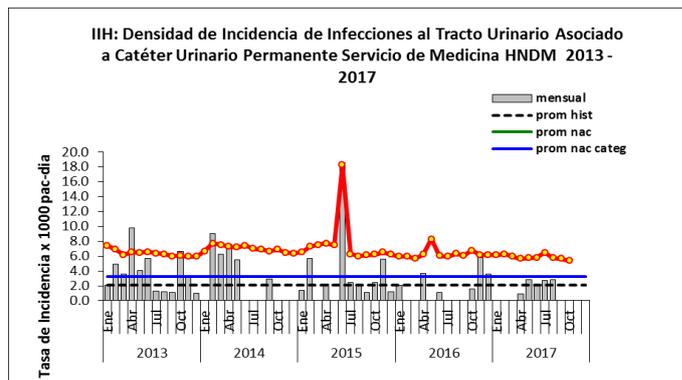
**GRÁFICO N° 1.6: DENSIDAD DE INCIDENCIA DE INFECCIÓN AL TORRENTE SANGUÍNEO ASOCIADO A CVP - UCI NEONATOLOGÍA**



Fuente: Base de datos del VEA-HNDM

En relación a las Infecciones de Torrente Sanguíneo Asociada a Catéter Venoso Periférico, en el mes de octubre del año 2017 no se presentaron casos en Neonatos, se sometieron a vigilancia epidemiológica 40 pacientes con 125 días de exposición.

**GRÁFICO N° 1.7: DENSIDAD DE INCIDENCIA DE ITU ASOCIADO A CATÉTER URINARIO. MEDICINA**

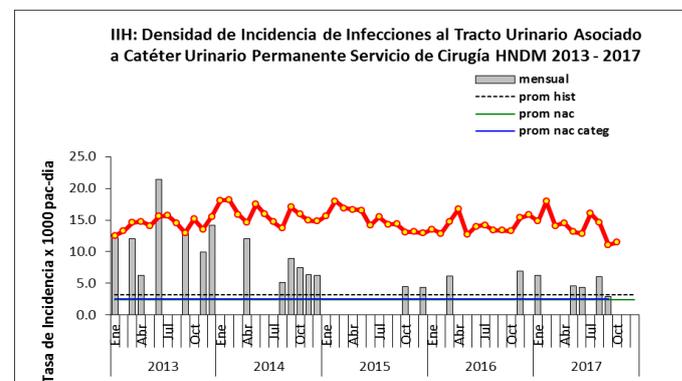


Fuente: Base de datos del VEA-HNDM

Durante el mes de octubre del año 2017 en el Departamento de Medicina, no se han presentado casos de ITU asociada a CUP, se vigilaron 113 pacientes con 1319 días de exposición.

En los servicios de medicina se está desarrollando la metodología Bundle, mediante la aplicación de las listas de cotejo.

**GRÁFICO N° 1.8: DENSIDAD DE INCIDENCIA DE ITU ASOCIADO A CATÉTER URINARIO. CIRUGÍA**

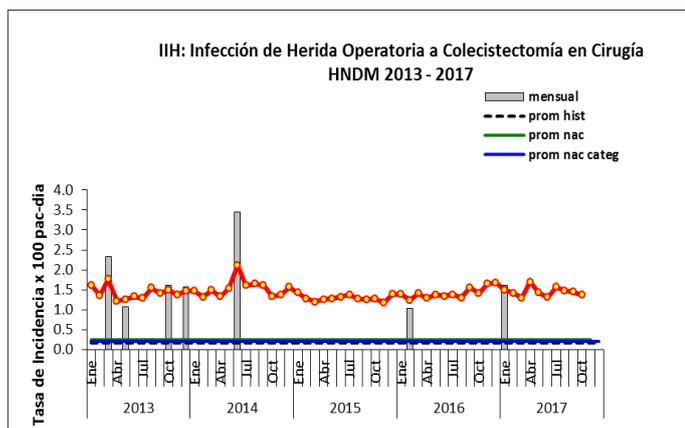


Fuente: Base de datos del VEA-HNDM

En el Departamento de Cirugía durante el mes de octubre del año 2017 no se han reportado casos de ITU asociada a catéter urinario permanente. Se han vigilado 62 pacientes con 314 días de exposición.

Está pendiente la implementación de la metodología Bundle, mediante la aplicación de las listas de cotejo como medida preventiva de la infección urinaria.

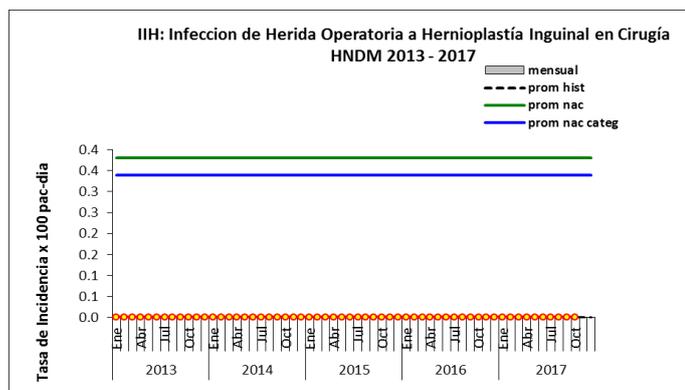
**GRÁFICO N° 1.9: INFECCIÓN DE HERIDA OPERATORIA ASOCIADA A COLECISTECTOMIA. CIRUGÍA**



Fuente: Base de datos del VEA-HNDM

Las Infecciones de Sitio Quirúrgico de Cirugías limpias está considerada como un excelente indicador de calidad por toda institución hospitalaria, por lo que constituyen una prioridad en la vigilancia de infecciones intrahospitalarias. En el presente gráfico observamos que durante el mes de octubre no se reportaron casos, se vigilaron 76 pacientes sometidos a Colecistectomía

**GRÁFICO N° 1.10: INFECCIÓN DE HERIDA OPERATORIA ASOCIADA A HERNIOPLASTÍA INGUINAL. CIRUGÍA**

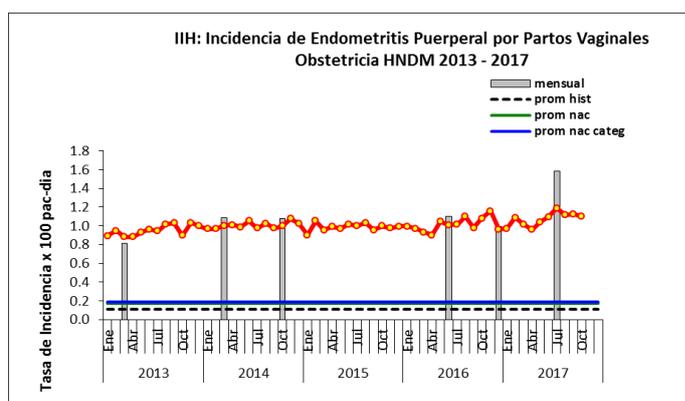


Fuente: Base de datos del VEA-HNDM

En el presente gráfico observamos que no hay casos reportados de Infección de Sitio quirúrgico asociado a Hernioplastia Inguinal desde el año 2013, inclusive hasta el mes de octubre del año 2017, se vigilaron 18 pacientes sometidos a hernioplastia.

Las infecciones de herida operatoria es uno de los objetivos principales de los protocolos de prevención de las infecciones nosocomiales, teniendo en cuenta que son el origen de muchas complicaciones postoperatorias y responsables de la cuarta parte de las IIH de los pacientes que se someten a cirugía.

**GRÁFICO N° 1.11: INCIDENCIA DE ENDOMETRITIS PUERPERAL POR PARTOS VAGINALES. OBSTETRICIA**

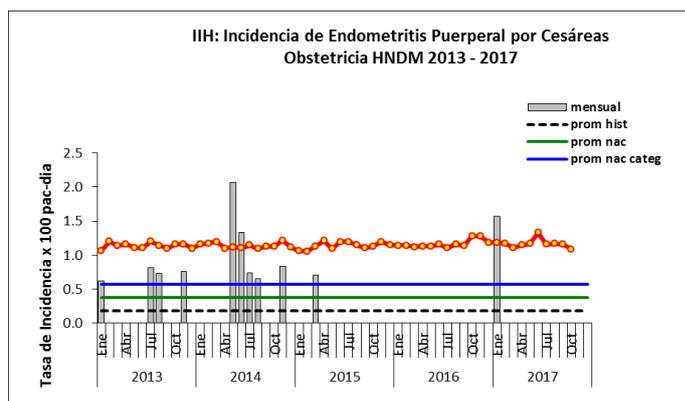


Fuente: Base de datos del VEA-HNDM

Durante el mes de octubre del año 2017 no se han presentado casos de endometritis puerperal por parto vaginal.

El uso de técnica aséptica en todos los procedimientos relacionados con el seguimiento y atención del parto es uno de los factores importantes en la prevención de endometritis puerperal. El total de partos atendidos fueron 75.

**GRÁFICO N° 1.12: INCIDENCIA DE ENDOMETRITIS PUERPERAL POR CESÁREA.**

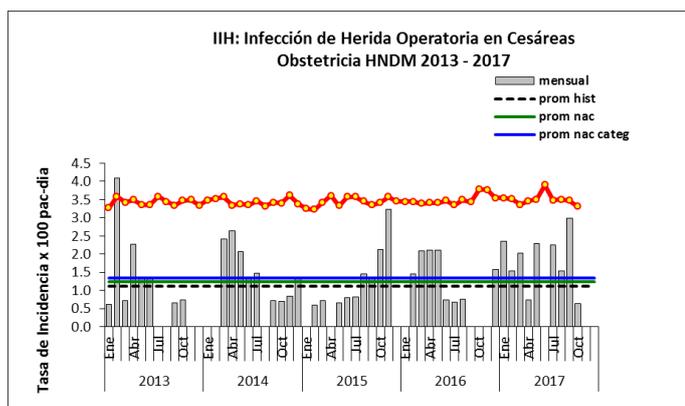


Fuente: Base de datos del VEA-HNDM

En el mes de octubre del 2017 no se han reportado casos de endometritis puerperal por cesárea.

La presencia de endometritis puerperal por cesárea, está relacionada al número de tactos vaginales realizados antes de la cesárea, sin embargo en ésta juegan roles importantes también los antecedentes maternos que pudieran contribuir a la presencia de endometritis. Las Cesáreas realizadas fueron 155 durante el mes de octubre.

**GRÁFICO N° 1.13: INFECCIÓN DE HERIDA OPERATORIA EN CESÁREAS. OBSTETRICIA**

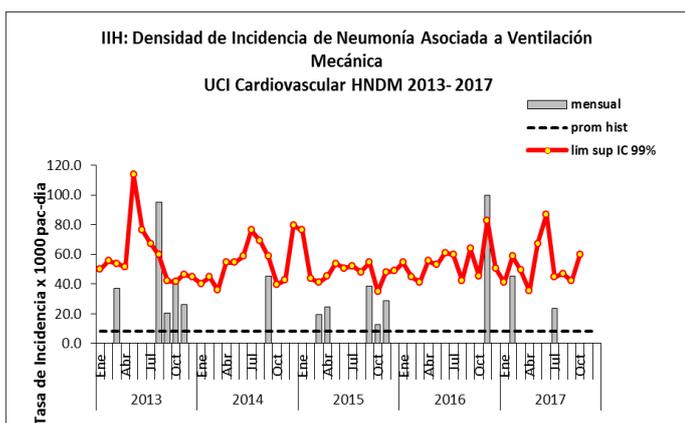


Fuente: Base de datos del VEA-HNMD

Durante el mes de octubre del 2017 se ha reportado un caso de Infección de Herida Operatoria en Cesárea. Las Cesáreas realizadas fueron 155 durante el mes.

Es importante el cumplimiento de las acciones de prevención durante el peri operatorio a toda paciente que se realiza una cesárea. La vigilancia de las infecciones de herida operatoria es muy importante, ya que estudios de investigación han demostrado que la vigilancia por si sola reduce la frecuencia de estas infecciones.

**GRÁFICO N° 1.14: DENSIDAD DE INCIDENCIA DE NEUMONÍA ASOCIADA A VENTILACIÓN MECÁNICA. UCI CARDIOVASCULAR**

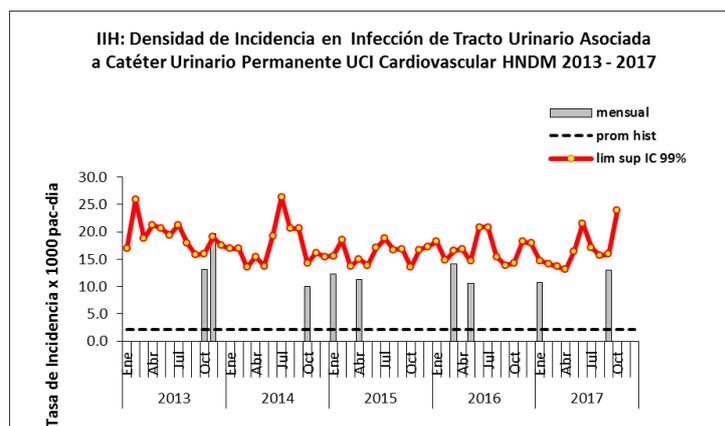


Fuente: Base de datos del VEA-HNMD

La tendencia de las Neumonías Asociadas a Ventilación Mecánica en UCI Cardiovascular de Enero a Diciembre del año 2016 se ha mantenido dentro del Promedio Histórico del Hospital. Con excepción del mes de Noviembre.

Durante el mes de octubre del 2017, no se han registrado casos de Neumonía Asociada a Ventilación Mecánica. Se vigilaron 04 pacientes con 21 días de exposición.

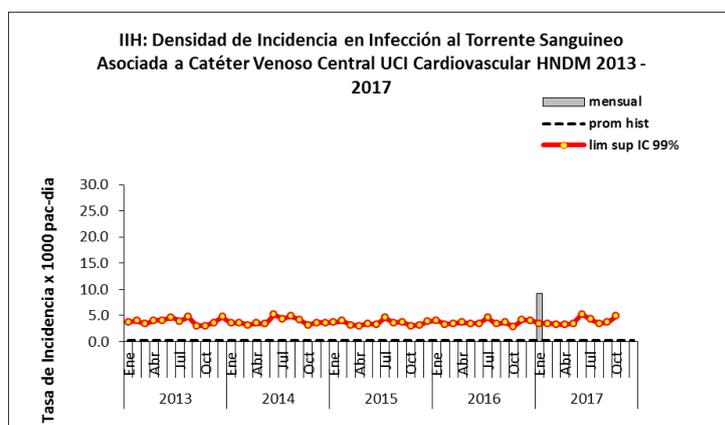
**GRÁFICO N° 1.15: DENSIDAD DE INCIDENCIA EN ITU ASOCIADO A CATÉTER URINARIO. UCI CARDIOVASCULAR**



Fuente: Base de datos del VEA-HNMD

Durante el mes de octubre del año 2017 en la Unidad de Cuidados Intensivos Cardiovascular no se han reportado casos de ITU Asociada a Catéter Urinario Permanente. Este mes se vigilaron 08 pacientes con 31 días de exposición.

**GRÁFICO N° 1.16: DENSIDAD DE INCIDENCIA EN INFECCIÓN AL TORRENTE SANGUÍNEO ASOCIADO A CVC. UCI CARDIOVASCULAR**

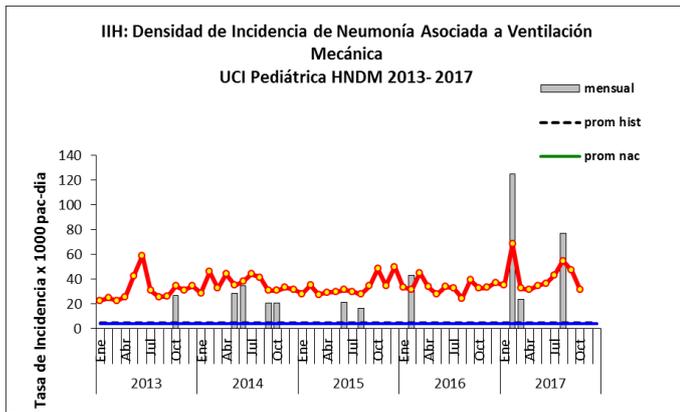


Fuente: Base de datos del VEA-HNMD

Referente a la Infección del Torrente Sanguíneo asociado a Catéter Venoso Central en la Unidad de Cuidados Intensivos cardiovascular, no se registraron casos en el mes de octubre del 2017. Se vigilaron 12 pacientes con 54 días de exposición.

Se está cumpliendo con las medidas de prevención de las Infecciones Asociadas a la Atención de Salud durante la inserción y mantenimiento del catéter venoso central.

**GRÁFICO N° 1.17: DENSIDAD DE INCIDENCIA DE NEUMONÍA ASOCIADA A VENTILACIÓN MECÁNICA. UCI PEDIÁTRICA**

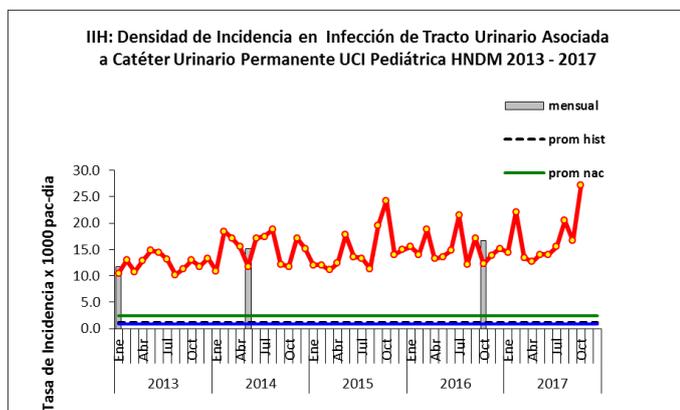


Fuente: Base de datos del VEA-HNDM

En la Unidad de Cuidados Intensivos de Pediatría, durante el mes de octubre del año 2017, no se han reportado casos de Neumonía asociada a Ventilación Mecánica.

Durante este mes se vigiló 05 pacientes en Ventilación Mecánica con 44 días de exposición.

**GRÁFICO N° 1.18: DENSIDAD DE INCIDENCIA DE ITU ASOCIADO A CATÉTER URINARIO. UCI PEDIÁTRICA**

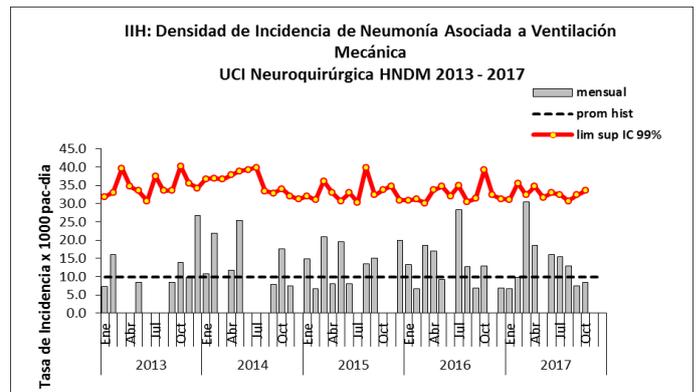


Fuente: Base de datos del VEA-HNDM

En la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátrica, en el mes de octubre del año 2017 no se han reportado casos de Infección Urinaria Asociada a Catéter Urinario Permanente. Se vigilaron 03 pacientes con 11 días de exposición.

En el servicio se está desarrollando la estrategia Bundle mediante la aplicación de las listas de cotejo, como medida preventiva de las Infecciones Urinarias Asociadas a Catéter Urinario.

**GRÁFICO N° 1.19: DENSIDAD DE INCIDENCIA DE NEUMONÍA ASOCIADA A VENTILACIÓN MECÁNICA. UCI NEUROCIROLOGÍA**

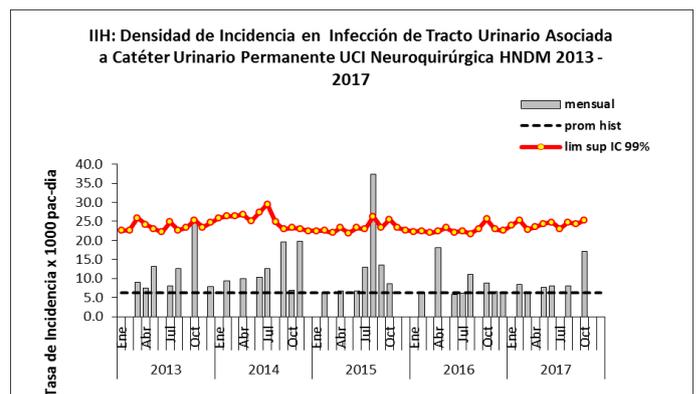


Fuente: Base de datos del VEA-HNDM

La tendencia de las Tasas de Neumonías Asociadas a Ventilación Mecánica en UCI Neuroquirúrgica desde el año 2013 es mantenerse por encima del promedio histórico como ha sucedido en los meses anteriores. En el mes de octubre se registró un caso de Neumonía Asociada a Ventilación Mecánica, con una Tasa de Densidad de Incidencia de 8.40 x 1000 días/V.M.

Se vigilaron 17 pacientes con 119 días de exposición, en el servicio se continua aplicando la metodología Bundle como medida preventiva.

**GRÁFICO N° 1.20: DENSIDAD DE INCIDENCIA DE ITU ASOCIADO A CATÉTER URINARIO. UCI NEUROCIROLOGÍA**

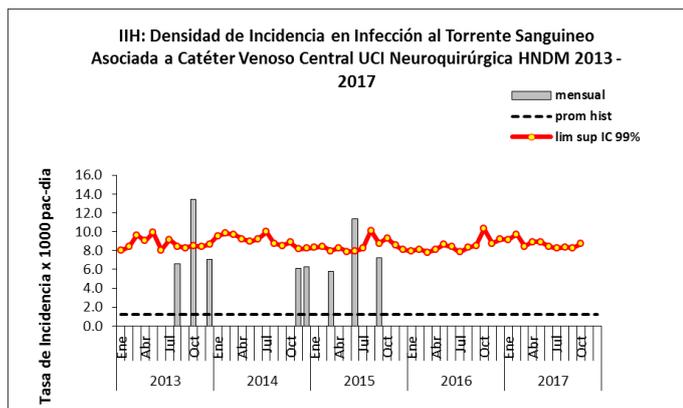


Fuente: Base de datos del VEA-HNDM

Durante el mes de octubre del año 2017 se reportaron dos casos de Infección Urinaria Asociada a Catéter, que representa una tasa de densidad de incidencia de 17.09 x 1000 días/catéter. En el mes se vigilaron 20 pacientes con 117 días de exposición.

Se continúa desarrollando en este servicio la estrategia Bundle mediante la aplicación de listas de cotejo para prevenir las Infecciones Urinarias Asociadas a Catéter.

**GRÁFICO N° 1.21: DENSIDAD DE INCIDENCIA DE INFECCIÓN AL TORRENTE SANGUÍNEO ASOCIADO A CVC. UCI NEUROCIROLOGÍA**



Fuente: Base de datos del VEA-HNDM

En relación a las Infecciones de Torrente Sanguíneo en Unidad de Cuidados Intensivos Neuroquirúrgica, los casos presentados desde el año 2013 hasta el año 2015 sobrepasan el Promedio Histórico en algunos meses. Durante todo el año 2016, inclusive hasta el mes de octubre del año 2017 no se reportaron casos. En el mes se vigilaron 21 pacientes con 141 días de exposición.

**2. DAÑOS DE NOTIFICACIÓN OBLIGATORIA DE OCTUBRE DEL 2017**

**TABLA N° 2.1 DISTRIBUCIÓN DE CASOS SEGÚN SEXO**

SEXO	Nº	%
Femenino	5	38%
Masculino	8	62%
<b>Total general</b>	<b>13</b>	<b>100%</b>

Fuente: Base de datos de vigilancia epidemiológica-HNDM

**TABLA N° 2.2: DISTRIBUCIÓN DE CASOS SEGÚN GRUPO ETARIO**

GRUPO ETARIO	Nº	%
Menores 1 año	4	31%
1-9 años	4	31%
10-19 años	1	8%
20-64 años	3	23%
65 a más	1	8%
<b>Total general</b>	<b>13</b>	<b>100%</b>

Fuente: Base de datos de vigilancia epidemiológica-HNDM

Se reportaron un total de 13 daños de notificación obligatoria durante el mes de Octubre 2017, de los cuales el 31% corresponde al grupo etario de menores de 1 año y de 1 a 9 años de edad. Correspondiendo el mayor % al sexo masculino (62%).

**TABLA N° 2.3: DISTRIBUCIÓN DE CASOS SEGÚN DAÑO DE NOTIFICACIÓN**

DAÑO	Nº	%
Tos ferina	3	23%
Muerte materna indirecta	2	15%
Influenza	2	15%
Meningitis tuberculosa	1	8%
Dengue Sin Señales De Alarma	1	8%
Síndrome de Guillain-Barre	1	8%
Fiebre de Chikungunya	1	8%
Bartonelosis aguda	1	8%
Leptospirosis	1	8%
<b>Total general</b>	<b>13</b>	<b>100%</b>

Fuente: Base de datos de vigilancia epidemiológica-HNDM

Del total de daños notificados, el 23% corresponde a Tos Ferina (3); seguido de los casos de Influenza y de Muerte Materna por causa indirecta 15% (2); en menor % se notificaron los demás casos (Leptospirosis, Sd. de Guillain Barré, MEC. Tb, Dengue sin señales de alarma) 8%.

**TABLA N° 2.4: DISTRIBUCIÓN DE CASOS SEGÚN LUGAR PROBABLE DE ADQUISICIÓN DE LA INFECCIÓN**

LUGAR PROBABLE	Nº	%
LIMA	9	69%
PIURA	3	23%
CAJAMARCA	1	8%
<b>Total general</b>	<b>13</b>	<b>100%</b>

Fuente: Base de datos de vigilancia epidemiológica-HNDM

El 69% de los casos proceden de Lima, ya que es la ciudad que concentra la mayor población del país, seguido de los Dptos. de Piura (23%) y de Cajamarca (8%).

**TABLA N° 2.5: DISTRIBUCIÓN DE CASOS SEGÚN TIPO DE DIAGNÓSTICO**

TIPO DE DIAGNÓSTICO	Nº	%
Confirmado	7	54%
Descartado	5	38%
Probable	1	8%
<b>Total general</b>	<b>13</b>	<b>100%</b>

Fuente: Base de datos de vigilancia epidemiológica-HNDM

El 54%(7) de los casos fueron confirmados, descartándose un 8% (2), quedando como probables un 8%, que corresponden a Bartonelosis, por estar pendiente los resultados del INS.

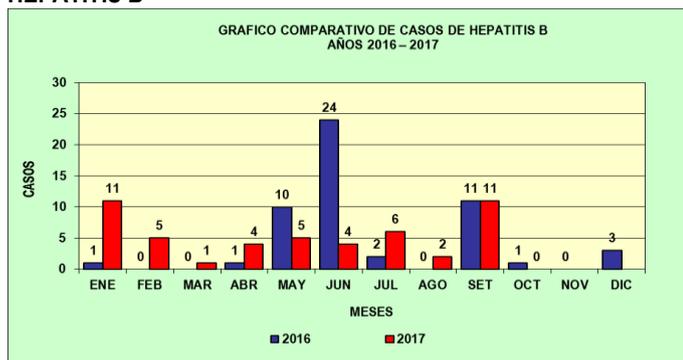
**TABLA N° 2.6: CASOS CONFIRMADOS DE DAÑOS DE NOTIFICACIÓN**

DAÑO	Nº	%
Muerte materna indirecta	2	29%
Síndrome de Guillan-Barre	1	14%
Leptospirosis	1	14%
Meningitis tuberculosa	1	14%
Dengue Sin Señales De Alarma	1	14%
Tos ferina	1	14%
<b>Total general</b>	<b>7</b>	<b>100%</b>

Fuente: Base de datos de vigilancia epidemiológica-HNDM

Del total de casos confirmados en el mes de Octubre 2017, el 29% (2) corresponden a Muerte Materna por causa indirecta, seguido de casos de Guillan Barré, Leptospirosis, MEC TB, Dengue sin señales de alarma y Tos Ferina. (14%).

**GRÁFICO N° 2.1: GRÁFICO COMPARATIVO DE CASOS DE HEPATITIS B**



Fuente: Base de datos de vigilancia epidemiológica-HNDM

Durante el mes de Octubre 2017, no se han notificado casos de hepatitis "B"; en relación al año anterior los casos se han incrementado, a excepción de algunos meses, debido a escasos insumos de laboratorio, para realizar el procesamiento de las muestras y confirmación del diagnóstico.

**TABLA N° 2.7: ATENCIONES DE DIARREA ACUOSA AGUDA SEGÚN GRUPO ETARIO Y DISTRITO DE PROCEDENCIA**

DISTRITO	Nº DE CASOS			Total
	< 1 a	1-4 a	5 a+	
LIMA	9	67	95	171
LA VICTORIA	2	28	12	42
SAN LUIS	1	2	1	4
EL AGUSTINO	1	3	0	4
TRANSITO	1	2	0	3
ATE	0	2	1	3
COMAS	0	1	1	2
SAN JUAN DE LURIGANCHO	0	0	2	2
RIMAC	0	0	2	2
VILLA MARIA DEL TRIUNFO	0	1	0	1
BREÑA	0	0	1	1
SAN BORJA	0	1	0	1
LINCE	0	1	0	1
<b>Total general</b>	<b>14</b>	<b>108</b>	<b>115</b>	<b>237</b>

Fuente: Base de datos de vigilancia epidemiológica-HNDM

Se notificaron un total de 237 episodios de Diarrea Acuosa Aguda, siendo el grupo etario más afectado los mayores de 5 años de edad, y los distritos de Lima y La Victoria los de mayor procedencia por ser aledaños a la institución.

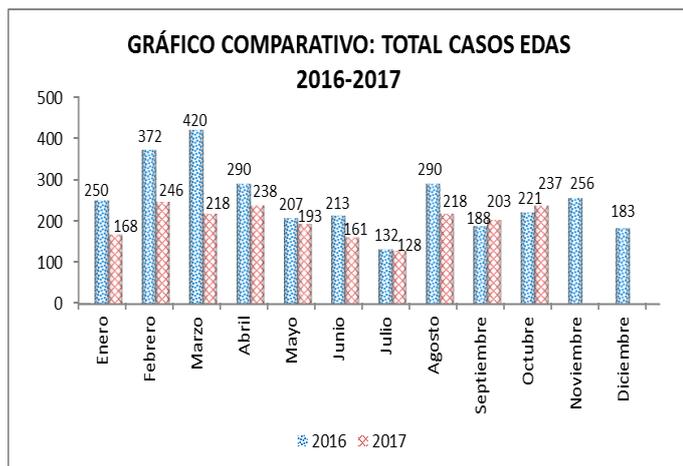
**TABLA N° 2.8 CASOS DE DIARREA DISENTÉRICA SEGÚN GRUPO ETARIO Y DISTRITO DE PROCEDENCIA**

DISTRITO	Nº DE CASOS			Total
	< 1 AÑO	1-4 AÑOS	5 a+	
LIMA	0	1	0	1
<b>Total general</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>1</b>

Fuente: Base de datos de vigilancia epidemiológica-HNDM

Respecto a EDAS Disentéricas, solamente se reportó 1 atención por esta patología, en el grupo etario de 1 a 4 años). La tendencia es a disminución de atenciones por esta infección.

**GRÁFICO N° 2.2: GRÁFICO COMPARATIVO TOTAL DE CASOS EDA**



Fuente: Base de datos de vigilancia epidemiológica-HNDM

Comparando las atenciones de EDAS en relación al año 2016, se observa que éstas han disminuido significativamente en los meses de verano; manteniéndose una tendencia de descenso en el presente año 2017, a excepción de los meses de Setiembre y Octubre donde observamos un ligero incremento.

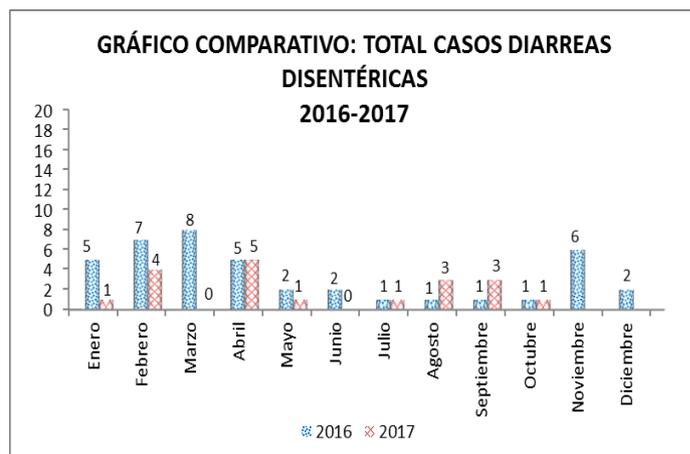
**TABLA N° 2.9. CUADRO COMPARATIVO: TOTAL DE CASOS DE EDA POR GRUPO ETARIO**

Mes	< 1 año		1-4 años		5 años a +	
	2016	2017	2016	2017	2016	2017
Enero	19	14	83	58	148	96
Febrero	57	47	116	87	199	112
Marzo	73	38	129	60	218	120
Abril	51	31	106	70	133	137
Mayo	42	34	85	43	80	116
Junio	34	32	95	45	84	84
Julio	20	26	50	42	62	60
Agosto	39	47	132	94	119	77
Septiembre	23	22	70	70	95	111
Octubre	48	14	67	108	106	115
Noviembre	42		59		155	
Diciembre	30		67		86	

Fuente: Base de datos de vigilancia epidemiológica-HNDM

Durante el mes de Octubre 2017, Los episodios de Edas se han presentado mayormente en el grupo etario de 5 años a más. Los meses de verano se han reportado el mayor número de episodios de ésta afección; observándose un comportamiento estacional.

**GRÁFICO N° 2.3: GRÁFICO COMPARATIVO TOTAL DE EDA DISENTÉRICA**



Fuente: Base de datos de vigilancia epidemiológica-HNDM

Respecto a las EDAS Disintéricas, observamos disminución en el presente año 2017, en relación al año anterior, en los meses de Marzo y Junio 2017 no se reportaron episodios por esta infección; presentando un ligero incremento en los meses de Agosto y Setiembre.

**TABLA N° 2.10. CUADRO COMPARATIVO TOTAL DE ATENCIONES POR DIARREA DISINTÉRICA POR GRUPO ETARIO**

Mes	< 1 año		1-4 años		5 años a +	
	2016	2017	2016	2017	2016	2017
Enero	2	-	2	1	1	-
Febrero	-	2	2	2	5	-
Marzo	1	-	5	-	2	-
Abril	1	2	3	3	1	-
Mayo	-	-	2	1	-	-
Junio	1	-	-	-	1	-
Julio	-	1	-	-	1	-
Agosto	-	2	-	1	1	-
Septiembre	1	-	-	3	-	-
Octubre	1	-	-	1	-	-
Noviembre	-		4		2	
Diciembre	-		1		1	

Fuente: Base de datos de vigilancia epidemiológica-HNDM

Según grupo etario los más afectados por esta infección corresponden a los niños de 1 a 4 años de edad, seguido de los menores de un año. Se observa en el presente año 2017 una disminución de episodios de EDAS Disintéricas.

**TABLA N° 2.11. ATENCIONES DE INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA SEGÚN GRUPO ETARIO Y DISTRITO DE PROCEDENCIA**

DISTRITO	N° DE CASOS			Total
	< 2 m	2-11 m	1-4 a	
LIMA	1	37	119	157
LA VICTORIA	0	19	62	81
EL AGUSTINO	0	3	13	16
SAN LUIS	1	0	9	10
SAN JUAN DE LURIGANCHO	0	2	6	8
SAN BORJA	1	0	6	7
ATE	0	1	6	7
SANTA ANITA	0	0	3	3
TRANSITO	0	1	2	3
SAN MARTIN DE PORRES	0	0	1	1
CARABAYLLO	0	1	0	1
VILLA MARIA DEL TRIUNFO	0	0	1	1
SANTIAGO DE SURCO	0	0	1	1
VILLA EL SALVADOR	0	1	0	1
INDEPENDENCIA	0	1	0	1
LURIGANCHO	0	0	1	1
LOS OLIVOS	0	1	0	1
RIMAC	1	0	0	1
<b>Total general</b>	<b>4</b>	<b>67</b>	<b>230</b>	<b>301</b>

Fuente: Base de datos de vigilancia epidemiológica-HNDM

Durante el presente mes, se atendieron un total de 301 episodios de IRAS; correspondiendo el mayor número de atenciones al grupo etario de 1 a 4 años de edad (76%) siendo Lima y La Victoria los distritos de mayor procedencia.

**TABLA N° 2.12 CASOS DE SOBA/ASMA SEGÚN GRUPO ETARIO Y DISTRITO DE PROCEDENCIA**

DISTRITO	N° DE CASOS		Total
	< 2 a	2-4 a	
LIMA	24	14	38
LA VICTORIA	20	6	26
ATE	1	0	1
EL AGUSTINO	0	1	1
SAN LUIS	1	0	1
SAN MARTIN DE PORRES	1	0	1
SANTA ANITA	1	0	1
SURQUILLO	1	0	1
TRANSITO	1	0	1
LOS OLIVOS	0	1	1
SAN JUAN DE LURIGANCHO	1	0	1
<b>Total general</b>	<b>51</b>	<b>22</b>	<b>73</b>

Fuente: Base de datos de vigilancia epidemiológica-HNDM

Se atendieron un total de 73 episodios de SOBA/Asma; siendo los menores de 2 años los más afectados(69%), correspondiendo a los distritos de Lima y La Victoria la mayor procedencia

**TABLA N° 2.13: CASOS DE NEUMONÍA SEGÚN GRUPO ETARIO Y DISTRITO DE PROCEDENCIA**

DISTRITO	N° DE CASOS						Total
	< 2-11 m	1-4 a	5-9 a	10-19 a	20-59 a	60 a +	
LA VICTORIA	1	0	1	1	0	3	6
LIMA	0	0	2	0	1	1	4
SAN JUAN DE LURIGANCHO	0	0	0	1	0	1	2
EL AGUSTINO	0	0	1	0	0	0	1
COMAS	0	0	0	0	0	1	1
<b>Total general</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>4</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>6</b>	<b>14</b>

Fuente: Base de datos de vigilancia epidemiológica-HNDM

El grupo etario más afectado por Neumonía fueron los adultos mayores de 60 años a más, seguido de los grupos de 5 a 9 años de edad.

**TABLA N° 2.14: CASOS HOSPITALIZADOS POR NEUMONÍA GRAVE + ENFERMEDAD MUY GRAVE SEGÚN GRUPO ETARIO Y DISTRITO DE PROCEDENCIA**

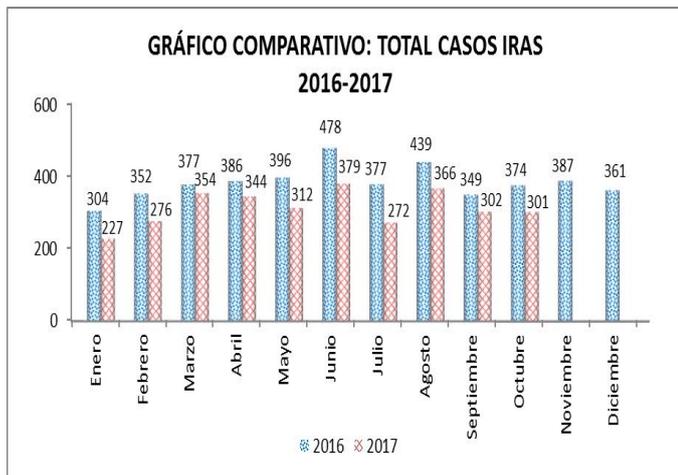
DISTRITO	N° DE CASOS			Total
	< 2 m	< 2-11 m	1-4 a	
LIMA	0	1	6	7
LA VICTORIA	0	4	1	5
SAN JUAN DE LURIGANCHO	0	1	0	1
SURQUILLO	0	0	1	1
ATE	0	0	1	1
<b>Total general</b>	<b>0</b>	<b>6</b>	<b>9</b>	<b>15</b>

Fuente: Base de datos de vigilancia epidemiológica-HNDM

Durante el mes de Octubre 2017 se hospitalizaron un total de 15 pacientes por Neumonía Grave en el servicio de Emergencia Pediatría y San Camilo; correspondiendo el mayor número de casos al grupo etario de 1 a 4 años de edad, seguido de los lactantes de 2 a 11 meses.

Lima y La Victoria fueron los distritos de mayor procedencia.

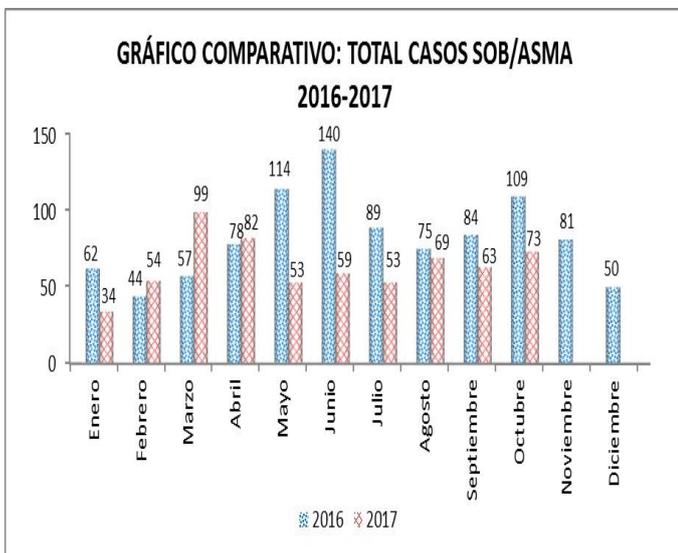
**GRÁFICO N° 2.4: GRÁFICO COMPARATIVO TOTAL DE CASOS IRAS**



Fuente: Base de datos de vigilancia epidemiológica-HNDM

Las atenciones de IRAS han disminuido en el presente año 2017 en relación al año anterior, correspondiendo el mayor número de atenciones al grupo etario de 1 a 4 años de edad, seguido de los lactantes de 2 a 11 meses.

**GRÁFICO N° 2.5: TOTAL DE CASOS ASMA/SOBA**



Fuente: Base de datos de vigilancia epidemiológica-HNDM

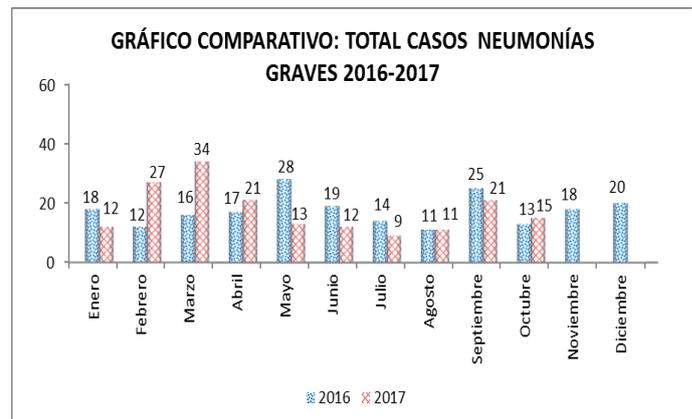
Las atenciones de SOBA/Asma se incrementaron en los meses de Febrero, Marzo y Abril del presente año, en relación al año anterior, para ir disminuyendo en los meses posteriores. El grupo etario más afectado fueron los menores de 2 años.

**TABLA N° 2.15: CUADRO COMPARATIVO TOTAL CASOS SOBA/ASMA POR GRUPO ETARIO**

Mes	< 2 años		2-4 años	
	2016	2017	2016	2017
Enero	29	21	33	13
Febrero	24	37	20	17
Marzo	24	65	33	34
Abril	42	62	36	20
Mayo	80	30	34	23
Junio	80	33	60	26
Julio	52	34	37	19
Agosto	52	42	37	27
Septiembre	47	38	37	25
Octubre	73	51	36	22
Noviembre	29		29	
Diciembre	37		13	

Fuente: Base de datos de vigilancia epidemiológica-HNDM

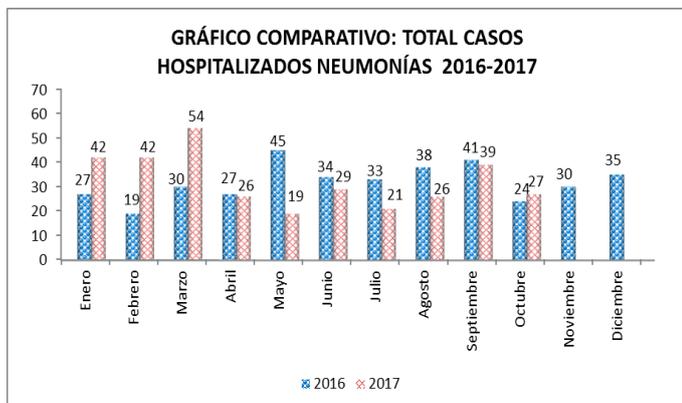
**GRÁFICO N° 2.6: GRÁFICO COMPARATIVO TOTAL DE CASOS NEUMONÍAS**



Fuente: Base de datos de vigilancia epidemiológica-HNDM

Respecto a las Neumonías Graves durante el mes de Octubre 2017 los casos disminuyeron en relación al mes anterior; siendo los grupos etarios más afectados por estas infecciones los niños de 1 a 4 años de edad, seguido de los lactantes de 2 a 11 meses.

**GRÁFICO N° 2.7: TOTAL DE CASOS HOSPITALIZADOS POR NEUMONÍAS**

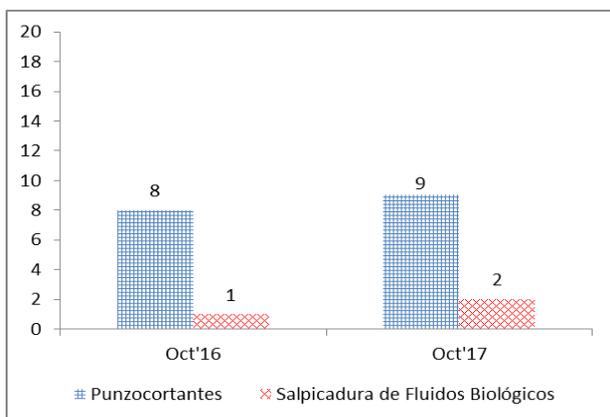
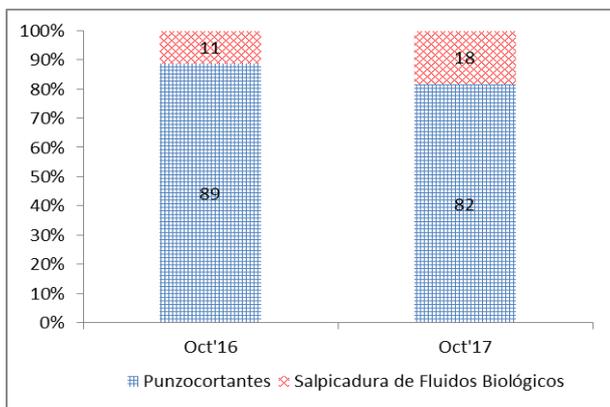


Fuente: Base de datos de vigilancia epidemiológica-HNDM

Durante el mes de Octubre 2017 se hospitalizaron un total de 27 pacientes por Neumonía; en relación al año 2016; los casos han disminuido a partir del mes de Abril hasta la actualidad del 2017; siendo los grupos etarios más afectados por esta infección los niños de 1 a 4 años y los adultos mayores de 60 años a más.

### 3. VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE ACCIDENTES OCUPACIONALES.

**GRÁFICO N° 3.1: COMPARATIVO ACCIDENTES LABORALES POR EXPOSICIÓN A FLUIDOS BIOLÓGICOS Y/O OBJETOS PUNZOCORTANTES POR GRUPO OCUPACIONAL**



Fuente: Vigilancia de Accidentes Ocupacionales – HNDM

En Octubre del 2017, se notificaron 11 casos de Accidentes Laborales por exposición a Fluidos biológicos y/o Objetos punzocortantes (100%), siendo el mayor número de casos los accidentes laborales por

exposición a objetos punzocortantes (82%), seguido de exposición a Fluidos biológicos – Salpicaduras (18%).

**TABLA N° 3.1: ACCIDENTES LABORALES POR EXPOSICION A FLUIDOS CORPORALES Y/O OBJETOS PUNZOCORTANTES SEGÚN GRUPO OCUPACIONAL**

Grupo Ocupacional	Salpicadura		Punzocortantes		TOTAL MES		N° ACUM. A OCT	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Interno Medicina	1	50	3	33	4	36	26	29
Médico Residente	0	0	1	11	1	9	17	19
Enfermera	0	0	0	0	0	0	14	16
Técnico de Enfermería	0	0	0	0	0	0	6	7
Estudiante de Enfermería	0	0	2	22	2	18	6	7
Estudiante de Medicina	0	0	0	0	0	0	5	6
Interno de Enfermería	1	50	2	22	3	27	5	6
Personal Limpieza	0	0	0	0	0	0	4	4
Técnico de Laboratorio	0	0	1	11	1	9	4	4
Médico Asistente	0	0	0	0	0	0	1	1
Interno Tecnología Médica	0	0	0	0	0	0	1	1
<b>Total</b>	<b>2</b>	<b>100</b>	<b>9</b>	<b>100</b>	<b>11</b>	<b>100</b>	<b>89</b>	<b>100</b>

Fuente: Vigilancia de Accidentes Ocupacionales - HNDM

Durante Octubre del presente año se observa que el Grupo Ocupacional en etapa de entrenamiento son los que presentan la mayor ocurrencia de los Accidentes Laborales por Exposición a Fluidos Biológicos y/o Objetos Punzocortantes (90%), siendo los Internos de Medicina (36%) los que presentan el mayor número de casos, seguido de Internos de Enfermería (27%).

**TABLA N° 3.2: ACCIDENTES LABORALES POR EXPOSICION A FLUIDOS CORPORALES Y/O OBJETOS PUNZOCORTANTES SEGÚN SEXO**

Sexo	Salpicadura		Punzocortantes		Total Mes		N° ACUM. A OCT	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Masculino	0	0	3	33	3	27	29	33
Femenino	2	100	6	67	8	73	60	67
<b>Total</b>	<b>2</b>	<b>100</b>	<b>9</b>	<b>100</b>	<b>11</b>	<b>100</b>	<b>89</b>	<b>100</b>

Fuente: Vigilancia de Accidentes Ocupacionales - HNDM

En Octubre del presente año se observa que la ocurrencia de casos de accidentes laborales por exposición a Fluidos Biológicos y/o objetos punzocortantes se ha presentado en personal de salud de sexo Femenino (73%), seguido del sexo masculino (27%).

**TABLA N° 3.3: TENDENCIA POR GRUPO OCUPACIONAL DEL 2017**

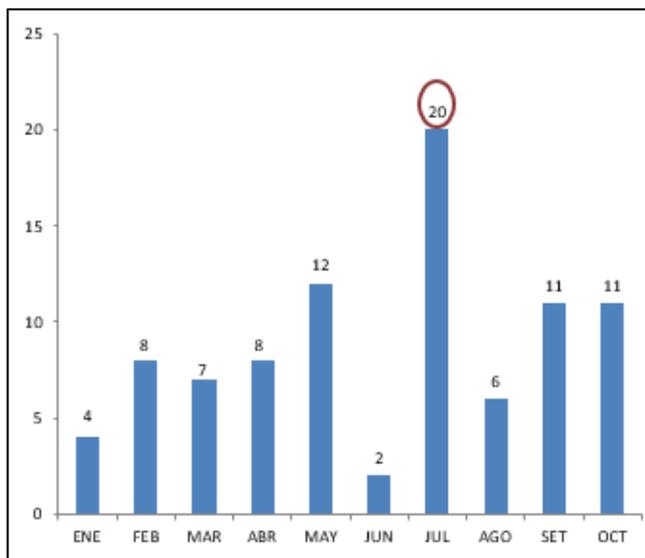
Grupo Ocupacional	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SET	OCT	N°	%
Interno Medicina	2	2	2	2	4	0	6	0	4	4	26	29
Médico Residente	0	1	4	3	1	0	4	3	0	1	17	19
Enfermera	1	0	1	0	2	1	5	1	3	0	14	16
Alumnos (enfermería, medicina e institutos)	0	4	0	1	1	0	1	0	2	2	11	12
Técnico de Enfermería	0	0	0	0	2	0	3	0	1	0	6	7
Interno de enfermería	0	0	0	0	0	1	1	0	0	3	5	6
Personal Limpieza	0	1	0	1	1	0	0	1	0	0	4	4
Técnico de Laboratorio	0	0	0	0	1	0	0	1	1	1	4	4
Interno Tecnología Médica	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
Médico Asistente	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	1
<b>TOTAL</b>	<b>4</b>	<b>8</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>12</b>	<b>2</b>	<b>20</b>	<b>6</b>	<b>11</b>	<b>11</b>	<b>89</b>	<b>100</b>

Fuente: Vigilancia de Accidentes Ocupacionales - HNDM

La tendencia por meses y distribución por Grupo Ocupacional de Accidentes Laborales por exposición a Fluidos Biológicos y/o Objetos punzocortantes nos muestra que los Internos de Medicina presentan el mayor número de casos (29%), seguido de los Médicos residentes (19%).

La tendencia también nos muestra que en Octubre del presente año, se han presentado 11 casos de Accidentes laborales por exposición a Fluidos biológicos y/o objetos punzocortantes. (Ver gráfico).

**GRÁFICO N° 3.2: TENDENCIA MENSUAL DE LOS ACCIDENTES LABORALES POR EXPOSICIÓN A FLUIDOS BIOLÓGICOS Y/O OBJETOS PUNZOCORTANTES**



Fuente: Vigilancia de Accidentes Ocupacionales - HNDM

**TABLA N° 3.4: ACCIDENTES LABORALES POR EXPOSICION A FLUIDOS CORPORALES Y/O OBJETOS PUNZOCORTANTES SEGÚN SERVICIO DE OCURRENCIA**

Servicio donde ocurrió el accidente	Salpicadura		Punzocortantes		Total Mes		N° ACUM. A OCT	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Emergencia Adultos	1	50	1	11	2	18	28	31
Consultorios Externos	0	0	0	0	0	0	6	7
Santa Ana	0	0	1	11	1	9	5	6
Santo Toribio	1	50	2	22	3	27	5	6
Centro Obstétrico	0	0	0	0	0	0	4	4
Cirugía I-3	0	0	0	0	0	0	4	4
San Antonio I	0	0	2	22	2	18	4	4
SOP Emergencia	0	0	0	0	0	0	3	3
Santa Rosa II	0	0	0	0	0	0	3	3
San Andrés	0	0	0	0	0	0	3	3
San Pedro	0	0	0	0	0	0	3	3
Patología Clínica y Anatomía Patológica	0	0	0	0	0	0	2	2
SOP Central	0	0	0	0	0	0	2	2
Cirugía I-4	0	0	0	0	0	0	2	2
Julían Arce	0	0	0	0	0	0	2	2
Neonatalogía I-2	0	0	1	11	1	9	2	2
Santa Rosa III	0	0	1	11	1	9	1	1
Urología I-1	0	0	0	0	0	0	1	1
Quimioterapia	0	0	0	0	0	0	1	1
UCI Cardiovascular	0	0	0	0	0	0	1	1
Central de Esterilización	0	0	0	0	0	0	1	1
El Carmen	0	0	0	0	0	0	1	1
Obstetricia H - 2	0	0	0	0	0	0	1	1
Cirugía H - 4	0	0	0	0	0	0	1	1
San Antonio II	0	0	0	0	0	0	1	1
Emergencia Pediátrica	0	0	0	0	0	0	1	1
UCI Neuroquirúrgica	0	0	1	11	1	9	1	1
<b>Total</b>	<b>2</b>	<b>100</b>	<b>9</b>	<b>100</b>	<b>11</b>	<b>100</b>	<b>89</b>	<b>100</b>

Fuente: Vigilancia de Accidentes Ocupacionales - HNDM

Se observa que el servicio donde ocurrió el accidente laboral con mayor ocurrencia de accidentes laborales por exposición a fluidos biológicos y/o exposición a objetos punzocortantes fue el servicio de medicina Santo Toribio, seguido de Emergencia Adultos, San Antonio I (18%) respectivamente.

**TABLA N° 3.5: TENDENCIA POR SERVICIOS**

Servicio	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SET	OCT	N°	%
Emergencia Adultos	3	5	1	5	3	0	5	2	2	2	28	31
Consultorios Externos	0	0	0	0	0	0	4	1	1	0	6	7
Santa Ana	0	0	1	0	1	0	2	0	0	1	5	6
Santo Toribio	0	1	0	0	0	1	0	0	0	3	5	6
Centro Obstétrico	0	0	2	0	0	1	0	1	0	4	4	4
Cirugía I-3	0	0	0	0	1	0	2	0	1	0	4	4
San Antonio I	0	0	0	0	0	0	1	0	1	2	4	4
SOP Emergencia	0	1	0	2	0	0	0	0	0	0	3	3
Santa Rosa II	0	0	1	1	0	0	0	1	0	0	3	3
San Andrés	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0	3	3
San Pedro	0	0	0	0	1	0	0	0	2	0	3	3
Patología Clínica y Anatomía Patológica	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	2	2
SOP Central	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	2	2
Cirugía I-4	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	2	2
Julían Arce	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	2	2
Neonatalogía I - 2	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	2	2
Emergencia Pediátrica	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	2	2
Urología I - 1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
Central de Esterilización	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	1
UCI Cardiovascular	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	1
Obstetricia H-2	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	1
El Carmen	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1
Quimioterapia	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1
Cirugía H - 4	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1
San Antonio II	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1
UCI Neuroquirúrgica	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1
<b>TOTAL</b>	<b>4</b>	<b>8</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>12</b>	<b>2</b>	<b>20</b>	<b>6</b>	<b>11</b>	<b>11</b>	<b>89</b>	<b>100</b>

Fuente: Vigilancia de Accidentes Ocupacionales - HNDM

La Tendencia por meses de Accidentes Laborales por exposición a Fluidos Biológicos y/o Objetos punzocortantes y por servicio de ocurrencia nos muestra que en el servicio de Emergencia adultos se presenta la mayor ocurrencia de los accidentes laborales (31%), por lo que es necesario fortalecer las actividades de supervisión y/o monitoreo de los procedimientos de atención.

**TABLA N° 3.6: CIRCUNSTANCIAS ASOCIADAS A LOS ACCIDENTES LABORALES POR EXPOSICION A FLUIDOS CORPORALES Y/O OBJETOS PUNZOCORTANTES**

Circunstancias asociadas a los accidentes	Salpicadura		Punzocortantes		Total Mes		N° ACUM. A OCT	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Durante procedimiento de sutura	0	0	1	11	1	9	12	13
Durante procedimiento de toma de muestra de AGA	1	50	1	11	2	18	12	13
Durante un procedimiento (adm. Tio., inserción cvp, cvc, etc.)	0	0	0	0	0	0	10	11
Durante procedimiento de toma de muestra de Hemoglucotest	0	0	2	22	2	18	10	11
Después de uso de material, antes de descartarlo	1	50	2	22	3	27	9	10
Al reencapsular una aguja usada	0	0	1	11	1	9	7	8
Durante procedimiento Quirúrgico	0	0	0	0	0	0	5	6
Durante la segregación de objetos punzocortantes	0	0	0	0	0	0	5	6
Durante seoregación de residuos hospitalarios	0	0	0	0	0	0	4	4
Durante el uso de material	0	0	1	11	1	9	3	3
Durante lavado de instrumento	0	0	0	0	0	0	2	2
Durante administración de tratamiento (EV, IM, SC, CVC, etc.)	0	0	0	0	0	0	2	2
Al finalizar el procedimiento (recojo de material, catéter EV, IM, SC, CVC, Epidural, etc.)	0	0	0	0	0	0	2	2
Antes de usar el material	0	0	0	0	0	0	2	2
Material fue dejado en lugar inadecuado	0	0	1	11	1	9	2	2
Al contener, inmovilizar al paciente	0	0	0	0	0	0	1	1
Otros	0	0	0	0	0	0	1	1
<b>Total</b>	<b>2</b>	<b>100</b>	<b>9</b>	<b>100</b>	<b>11</b>	<b>100</b>	<b>89</b>	<b>100</b>

Fuente: Vigilancia de Accidentes Ocupacionales - HNMD

Otro aspecto importante para el análisis son las circunstancias en las que se desarrolla el accidente por exposición a Fluidos Biológicos y/o exposición a objetos punzocortantes; apreciándose que las circunstancias fueron después del uso del material, antes de descartarlo (27%), seguido de los procedimiento de toma de muestra de gases arteriales y/o toma de muestra de hemoglucotest (18%) respectivamente.

**TABLA N° 3.7: TURNOS ASOCIADOS A LOS ACCIDENTES LABORALES POR EXPOSICION A FLUIDOS CORPORALES Y/O OBJETOS PUNZOCORTANTES OCTUBRE – 2017**

Turno en que sucedió el accidente	Salpicadura		Punzocortantes		Total Mes		N° ACUM. A OCT	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Mañana	1	50	7	78	8	73	40	45
Tarde	0	0	0	0	0	0	24	27
Noche	1	50	2	22	3	27	25	28
<b>Total</b>	<b>2</b>	<b>100</b>	<b>9</b>	<b>100</b>	<b>11</b>	<b>100</b>	<b>89</b>	<b>100</b>

Fuente: Vigilancia de Accidentes Ocupacionales - HNMD

La información mostrada también se correlaciona con las actividades asistenciales dado que el mayor porcentaje de accidentes laborales por exposición a Fluidos biológicos y/o exposición a objetos punzocortantes se registraron durante los turnos matutinos (73%), seguido de los turnos nocturnos (27%).

**TABLA N° 3.8: GRADO DE ACCIDENTE ASOCIADO A LOS ACCIDENTES LABORALES POR EXPOSICION A OBJETOS PUNZOCORTANTES**

Grado de accidente	Punzocortantes		N° ACUM. A OCT	
	N°	%	N°	%
Superficial	8	89	62	84
Moderado	1	11	12	16
<b>Total</b>	<b>9</b>	<b>100</b>	<b>74</b>	<b>100</b>

Fuente: Vigilancia de Accidentes Ocupacionales - HNMD

Superficial: Sin sangrado

Moderado: Perforación superficial, escaso sangrado

Grave: Perforación profunda, sangrado profuso

Las definiciones de severidad de accidentes están en relación al sangrado posterior al hecho, siendo superficial (sin sangrado 84%), moderado (con perforación superficial, escaso sangrado 16%).

**TABLA N° 3.9: ESTADO DE VACUNA ASOCIADOS A LOS ACCIDENTES LABORALES POR EXPOSICION A FLUIDOS CORPORALES Y/O OBJETOS PUNZOCORTANTES**

Estado de vacunación para VHB en el trabajador	Salpicadura		Punzocortantes		Total Mes		N° ACUM. A OCT	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Una dosis	0	0	1	11	1	9	7	8
Dos dosis	0	0	2	22	2	18	17	19
Tres dosis	2	100	6	67	8	73	65	73
<b>Total</b>	<b>2</b>	<b>100</b>	<b>9</b>	<b>100</b>	<b>11</b>	<b>100</b>	<b>89</b>	<b>100</b>

Fuente: Vigilancia de Accidentes Ocupacionales - HNMD

En lo referente a la protección basada en la vacunación contra la Hepatitis B en Octubre del presente año, se observa que el 73% de los trabajadores de salud expuestos cuenta con las dosis completas de vacuna de Hepatitis B y el 27% de los trabajadores expuestos no cuenta con las dosis completas de vacuna de hepatitis B.

**TABLA N° 3.10: TIPO DE DISPOSITIVO ASOCIADOS A LOS ACCIDENTES LABORALES POR EXPOSICION A OBJETOS PUNZOCORTANTES**

Tipo de dispositivo que ocasionó el accidente laboral	Punzocortantes		N° ACUM. A OCT	
	N°	%	N°	%
Aguja hueca	8	89	52	70
Quirúrgico	1	11	17	23
Vidrio	0	0	3	4
Otros	0	0	2	3
<b>Total</b>	<b>9</b>	<b>100</b>	<b>74</b>	<b>100</b>

Fuente: Vigilancia de Accidentes Ocupacionales - HNMD

El 89% de los Accidentes laborales por exposición a objetos punzocortantes fueron ocasionados por aguja hueca, seguido de dispositivo quirúrgico (11%).

**TABLA N° 3.11: DISPOSITIVOS ESPECIFICOS ASOCIADOS A LOS ACCIDENTES LABORALES POR EXPOSICION A OBJETOS PUNZOCORTANTES**

Especificar el dispositivo que se uso	Punzocortantes		N° ACUM. A OCT	
	N°	%	N°	%
Agujas hipodérmicas solas	5	56	34	46
Aguja de sutura	1	11	15	20
Lanceta de punción de dedo o talón	3	33	12	16
Jeringa Descartable	0	0	5	7
Bisturi descartable	0	0	2	3
Ampolla de medicación	0	0	2	3
Agujas de catéter EV	0	0	2	3
Tubo de drenaje	0	0	1	1
Otros	0	0	1	1
<b>Total</b>	<b>9</b>	<b>100</b>	<b>74</b>	<b>100</b>

Fuente: Vigilancia de Accidentes Ocupacionales - HNDM

En Octubre del presente año, el dispositivo específico al que estuvieron relacionados los accidentes laborales por exposición a objetos punzocortantes fue por agujas hipodérmicas (56%), seguido de lanceta de punción (33%).

**TABLA N° 3.12: ZONA DE LOCALIZACIÓN ASOCIADOS A LOS ACCIDENTES LABORALES POR EXPOSICION A OBJETOS PUNZOCORTANTES**

Zona de Localización del Accidente	Punzocortantes		N° ACUM. A OCT	
	N°	%	N°	%
Índice izquierdo, palma	1	11	14	19
Índice derecho, palma	0	0	11	15
Dedo medio izquierdo, palma	3	33	12	16
Pulgar izquierdo, palma	3	33	11	15
Pulgar derecho, palma	1	11	8	11
Anular derecho, palma	0	0	2	3
Anular izquierdo, palma	1	11	3	4
Dedo medio derecho, palma	0	0	2	3
Dedo medio derecho, dorso	0	0	1	1
Pulgar izquierdo, dorso	0	0	1	1
Dorso mano izquierda	0	0	1	1
Dorso mano derecha	0	0	1	1
Palma mano derecha	0	0	1	1
Muñeca mano derecha, palma	0	0	1	1
Abdomen	0	0	1	1
Anular derecho, dorso	0	0	1	1
Muslo, pierna izquierda	0	0	1	1
Meñique derecho, palma	0	0	1	1
Palma mano izquierda	0	0	1	1
<b>Total</b>	<b>9</b>	<b>100</b>	<b>74</b>	<b>100</b>

Fuente: Vigilancia de Accidentes Ocupacionales - HNDM

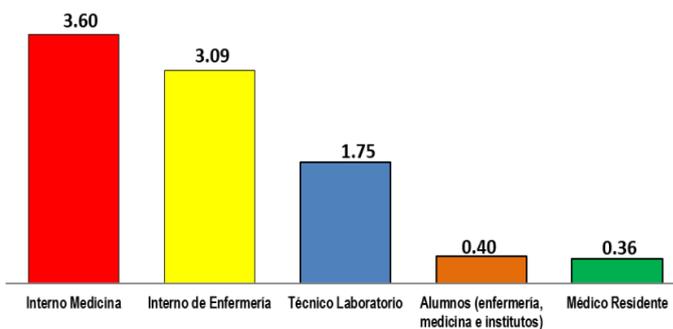
Según zona de localización asociados a los accidentes laborales por exposición a objetos punzocortantes fueron en dedo medio izquierdo, dedo pulgar izquierdo, palma (33%) respectivamente.

**TABLA N° 3.13: TASA DE ACCIDENTABILIDAD POR GRUPO OCUPACIONAL**

Grupo Ocupacional	N°	Población	Tasa
Interno Medicina	4	111	3.60
Interno de Enfermería	3	97	3.09
Técnico Laboratorio	1	57	1.75
Alumnos (enfermería, medicina e institutos)	2	500	0.40
Médico Residente	1	276	0.36
<b>TOTAL</b>	<b>11</b>		

Fuente: Vigilancia de Accidentes Ocupacionales - HNDM

**GRÁFICO N° 3.3: TASA DE ACCIDENTABILIDAD POR GRUPO OCUPACIONAL**



Fuente: Vigilancia de Accidentes Ocupacionales - HNDM

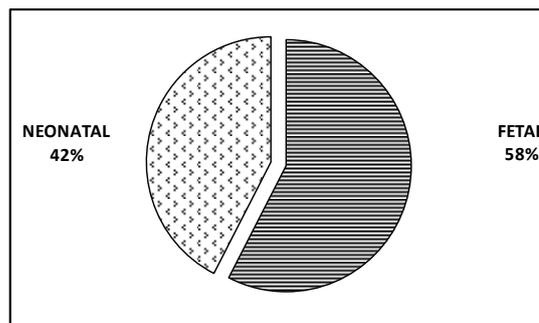
Se observa que la Tasa de Accidentabilidad por accidentes de trabajo más alta se ha presentado en el Grupo Ocupacional de los Internos de Medicina (3.60%), seguido de Internos de enfermería (3.09%).

#### 4. VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE MORTALIDAD NEONATAL Y FETAL.

La Vigilancia Epidemiológica de la Mortalidad Neonatal y Perinatal ha permitido caracterizar el perfil epidemiológico de la mortalidad en este grupo de edad en la Institución. En Octubre del presente año, se ha notificado 02 muertes Perinatales, siendo 01 caso Muerte fetal (50%) y 01 caso muerte neonatal (50%).

En el acumulado de Muertes perinatales (Fetales más neonatales), se registran 33 casos, siendo las más frecuentes las muertes fetales u óbitos notificados con 19 casos (58%), seguidos de las muertes neonatales con 14 casos (42%). (Ver gráfico).

**GRÁFICO 4.1: DISTRIBUCIÓN DE MORTALIDAD FETAL Y NEONATAL**



Fuente: Vigilancia Epidemiológica Mortalidad Perinatal – HNDM

**TABLA N° 4.1: MUERTES FETALES Y NEONATALES SEGÚN PESO AL NACER Y TIPO DE PARTO**

Peso/ Denominación	Tipo Parto		Muerte Fetal			Tipo Parto		Muerte Neonatal			
	Vaginal	Cesárea	Ante parto	Intra parto	Total	Vaginal	Cesárea	< 24 Horas	1-7 Días	8-28 Días	Total
500 - 999 grs	3	0	3	0	3	5	3	5	3	0	8
1000 - 1499 grs	2	0	2	0	2	0	2	1	1	0	2
1500 - 1999 grs	2	2	4	0	4	0	2	1	0	1	2
2000 - 2499 grs	2	3	4	1	5	0	0	0	0	0	0
2500 - 2999 grs	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1
3000 - 3499 grs	3	1	3	1	4	0	0	0	0	0	0
3500 - 3999 grs	0	1	1	0	1	1	0	0	0	1	1
4000 - 4499 grs	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
>=4500 grs	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>12</b>	<b>7</b>	<b>17</b>	<b>2</b>	<b>19</b>	<b>6</b>	<b>8</b>	<b>7</b>	<b>5</b>	<b>2</b>	<b>14</b>

Fuente: Vigilancia Epidemiológica Mortalidad Perinatal – HNMD.

Hasta Octubre del presente año en la Tabla N° 01 (Aplicativo Analítico BABIES), se observa que el perfil epidemiológico de las 19 muertes fetales, presentan edades gestacionales de 23 a 41 semanas, con pesos de 500 – 3.999 gramos; siendo que en la mayoría de muertes fetales no se identifica la causa básica de muerte fetal, asimismo las madres poseen CPN insuficiente, siendo nueve natimueertos de parto vaginal (12 casos) y 07 por cesárea.

El perfil epidemiológico de las muertes neonatales muestra edades gestacionales de los fallecidos de 22 a 41 semanas, con pesos al nacer de 500 - 3.999 gramos, con insuficientes CPN, nacidos de parto por vía cesárea (08) y nacidos de parto por vía vaginal (06); siendo la causa básica de mortalidad neonatal la Prematuridad Extrema, consistente con la mayor frecuencia de bajo peso al nacer.

Además un hecho común a todas las muertes que se hace evidente en la Vigilancia epidemiológica de Mortalidad Perinatal es la disminución en la cobertura del control prenatal, con déficit en la calidad de esta actividad, lo que tiene como consecuencia que no se reconozcan y traten oportunamente las complicaciones maternas.

**TABLA N° 4.2: MUERTE FETAL SEGÚN CIE 10 Y PESO DE NACIMIENTO**

DIAGNOSTICOS	CODIGO CIE X	PESO AL NACIMIENTO						TOTAL
		500 - 999 grs.	1000 - 1499 grs.	1500 - 1999 grs.	2000 - 2499 grs.	2500 - 2999 grs.	≥ 3000 grs.	
MUERTE FETAL DE CAUSA NO ESPECIFICADA	P95	3	2	4	2	0	4	15
CARDIOPATÍA CONGÉNITA	Q24	0	0	0	1	0	0	1
HIDROPEŚIA FETAL NO DEBIDA A ENFERMEDAD HEMOLÍTICA	P83.2	0	0	0	1	0	0	1
ASFIXIA PERINATAL	P21	0	0	0	0	0	1	1
DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA	P02.1	0	0	0	1	0	0	1
<b>TOTAL GENERAL</b>		<b>3</b>	<b>2</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>0</b>	<b>5</b>	<b>19</b>

Fuente: Vigilancia Epidemiológica Mortalidad Perinatal – HNMD

Hasta Octubre del presente año, según codificación CIE-10 las causas básicas de Mortalidad Fetal no especificada (79%).

En Octubre del presente año, se notificó 01 caso de Muerte Fetal por Desprendimiento prematuro de placenta.

**TABLA N° 4.3. Muerte Neonatal según codificación CIE – 10 y peso al Nacimiento, hasta octubre – 2017**

DIAGNOSTICOS	CODIGO CIE X	PESO AL NACIMIENTO						TOTAL
		500 - 999 grs.	1000 - 1499 grs.	1500 - 1999 grs.	2000 - 2499 grs.	2500 - 2999 grs.	≥ 3000 grs.	
INMATURIDAD EXTREMA	P07.2	7	1	0	0	0	0	8
INSUFICIENCIA CARDÍACA NEONATAL	P29.0	0	0	0	0	1	0	1
SEPSIS BACTERIANA DEL RECIEN NACIDO	P36	1	0	0	0	0	0	1
SINDROME DE EDWARDS	Q91.3	0	0	1	0	0	0	1
INSUFICIENCIA RENAL CONGÉNITA	P96.0	0	0	0	0	0	1	1
HEMORRAGIA PULMONAR ORIGINADA EN EL PERÍODO PERINATAL	P26	0	1	0	0	0	0	1
MALFORMACIÓN CONGÉNITA DEL TÓRAX ÓSEO NO ESPECIFICADA	Q76.9	0	0	1	0	0	0	1
<b>TOTAL GENERAL</b>		<b>8</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>14</b>

Fuente: Vigilancia Epidemiológica Mortalidad Perinatal – HNMD

En el acumulado a Octubre del 2017, la causa más frecuente de Mortalidad Neonatal fue Prematuridad extrema (57%). En Octubre del presente año, se presentó 01 caso de Muerte neonatal por prematuridad extrema.

**GRÁFICO N° 4.2: DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE MUERTES PERINATALES**

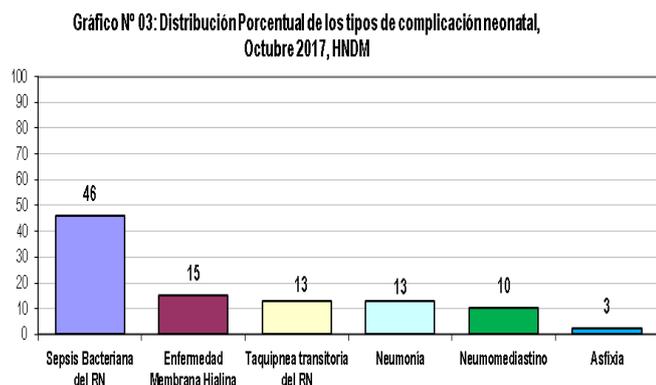
**Gráfico N° 02: Distribución porcentual de muertes Perinatales hasta Octubre 2017, HNMD**



Fuente: Vigilancia Epidemiológica Mortalidad Perinatal – HNMD

Hasta Octubre del presente año, la muerte fetal de causa no especificada ocupan el mayor número de casos (45%), seguido de Prematuridad extrema (24%).

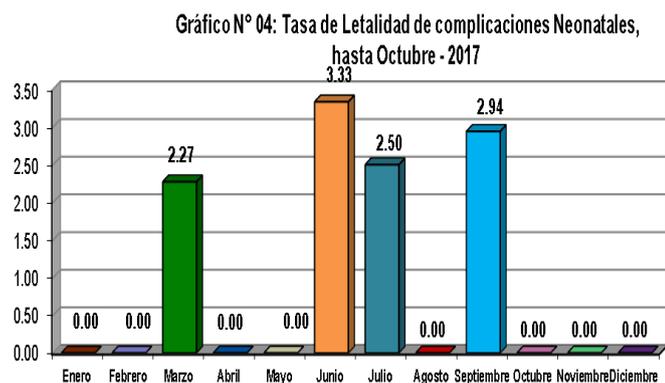
#### GRÁFICO N° 4.3: DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL D TIPOS DE COMPLICACIÓN NEONATAL



Fuente: Vigilancia Epidemiológica Mortalidad Perinatal – HNDM

Durante Octubre del presente año se atendieron 39 recién nacidos complicados. Las complicaciones más frecuentes siguen siendo la Sepsis Neonatal con 18 casos (46%), seguido de Enfermedad membrana hialina 06 casos (15%) (Ver Gráfico N° 03). Las muertes neonatales por complicaciones sujetas a vigilancia epidemiológica.

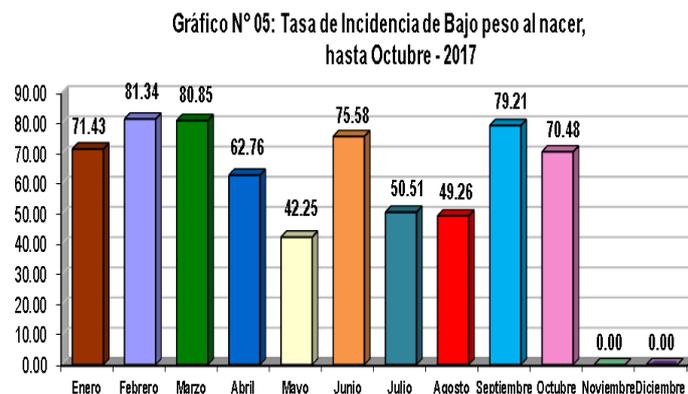
#### GRÁFICO N° 4.4: TASA DE LETALIDAD DE COMPLICACIONES NEONATALES



Fuente: Vigilancia Epidemiológica Mortalidad Perinatal – HNDM

Respecto a la Letalidad, en Octubre del presente año se ha presentado un caso de muerte neonatal por Prematuridad extrema.

#### GRÁFICO N° 4.5: TASA DE INCIDENCIA DE BAJO PESO AL NACER

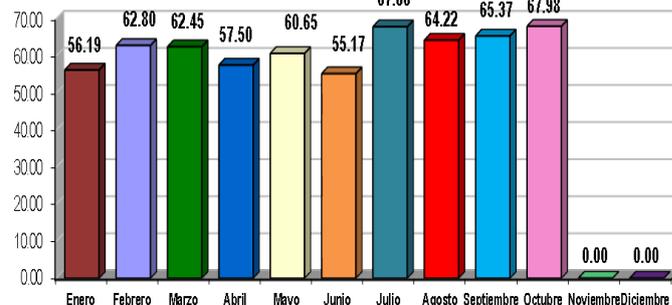


Fuente: Vigilancia Epidemiológica Mortalidad Perinatal – HNDM

#### GRÁFICO N° 4.6: TASA DE CESÁREA GENERAL

En Octubre del presente año, se observa que la Tasa de incidencia de bajo peso al nacer es de 70.48 x 1000 recién nacidos vivos, siendo la tendencia ascendente en los tres últimos meses.

Gráfico N° 06: Tasa de Cesárea General, hasta Octubre - 2017



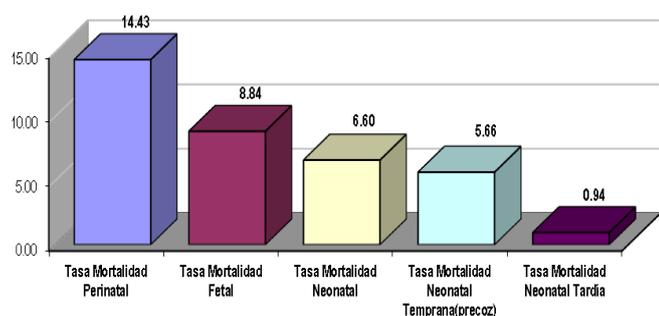
Fuente: Vigilancia Epidemiológica Mortalidad Perinatal – HNDM

La proporción de partos complicados sigue siendo alta (82.93%), dado que el HNDM es un Establecimiento de referencia nacional. En Octubre la tasa de cesárea general fue de 67.98 %, el resto de partos fueron partos vaginales distócicos.

La tasa de cesárea en RN de bajo peso al nacer fue de 5.26%, cifra afectada por el gran porcentaje de cesáreas de emergencia y factores maternos intrínsecos, la tasa de cesárea en RN grande para la edad gestacional fue de 12.28% y la tasa de cesárea con RN macrosómico es de 7.02%.

## GRÁFICO N° 4.7: TASA DE MORTALIDAD FETAL Y NEONATAL

Gráfico N° 07: Tasas de Mortalidad Fetal y Neonatal, hasta Octubre - 2017



Fuente: Vigilancia Epidemiológica Mortalidad Perinatal – HNMD

En relación a las Tasas de Mortalidad Perinatal, se puede apreciar hasta Octubre del presente año, que la Tasa de Mortalidad Perinatal es de 14.43 x 1000 nacimientos, la tasa de Mortalidad Neonatal fue de 6.60 x 1000 RN Vivos, la Tasa de Mortalidad neonatal precoz es de 5.66 x 1000 RN Vivos; la Tasa de Mortalidad Fetal es de 8.84 x 1000 nacimientos.

En Octubre del presente año, la Tasa de Mortalidad Perinatal es de 8.66 x 1000 nacimientos, la Tasa de Mortalidad Neonatal es de 4.41 x 1000 RN Vivos, la Tasa de Mortalidad Fetal es de 4.33 x 1000 nacimientos.

## 5. EVALUACIÓN POR DEPARTAMENTOS DEL MANEJO DE RESIDUOS HOSPITALARIOS.

En el mes de octubre del 2017, los departamentos de Odontología, Diagnóstico por Imágenes, Farmacia, Enfermería, Patología Clínica, Banco de Sangre y Hemoterapia obtuvieron una evaluación buena de 100% de “bueno” en la evaluación del manejo de residuos sólidos

### CUADRO N° 5.1: EVALUACION POR DEPARTAMENTOS DEL MANEJO DE RESIDUOS SÓLIDOS HOSPITALARIOS MES DE OCTUBRE - 2017

DEPARTAMENTOS	CALIFICACION		
	BUENO (%)	REGULAR (%)	MALO (%)
DEPARTAMENTO DE MEDICINA	20	80	
DEPARTAMENTO DE ESPECIALIDADES MEDICA	83	17	
DEPARTAMENTO DE CIRUGIA	50	50	
DEPARTAMENTO DE GINECO- OBSTETRICIA		100	
DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA	50	50	
DPTO DE ODONTOESTOMATOLOGIA	100		
DPTO. DE DIAGNOSTICO POR IMÁGENES	100		
DEPARTAMENTO DE FARMACIA	100		
DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA	100		
DPTO. DE ANESTESIOLOGIA Y CENTRO QX	67	33	
DEPARTAMENTO DE EMERGENCIA		100	
DEPARTAMENTO DE PATOLOGIA CLINICA	100		
DEPARTAMENTO DE BANCO DE SANGRE Y HEMOT.	100		
DEPARTAMENTO DE CIRUGIA DE TORAX Y CARDIOVASCULAR.	100		

## “Situación de la violencia como un determinante social para la salud”

La violencia es un fenómeno construido socialmente que se expresa a través de múltiples manifestaciones, cuyo significado varían históricamente dependiendo del momento y del contexto en que se produce, implica acciones u omisiones donde personas, grupos, instituciones o Estados, utilizan un nivel excesivo de fuerza o poder. Es un problema que se logra ver en todas partes: violencia en los hogares, en las escuelas, en las calles, nos la transmiten los medios de comunicación, en los trabajos. <sup>(1)</sup>

Las Naciones Unidas definen la violencia contra la mujer como "todo acto de violencia de género que resulte, o pueda tener como resultado un daño físico, sexual o psicológico para la mujer, inclusive las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la privada", estas formas de violencia se interrelacionan y afectan a las mujeres desde el nacimiento hasta la edad mayor. Según un informe publicado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en base a los datos de más de 80 países, la violencia física o sexual es un problema que afecta a más de un tercio de todas las mujeres a nivel mundial, lo que constituye un problema de salud pública de proporciones epidémicas y que requiere una respuesta urgente. <sup>(2)</sup>

Las cifras recientes de la prevalencia mundial indican que alrededor de una de cada tres mujeres en el mundo (35%) han sufrido violencia física y/o sexual de pareja o violencia sexual por terceros en algún momento de su vida. En algunas regiones, la cifra es mucho mayor. A nivel mundial, cerca de un tercio de las mujeres (30%) que han tenido una relación de pareja han sufrido violencia física y/o sexual por parte de su pareja. Un 38% de los asesinatos de mujeres que se producen en el mundo son cometidos por su pareja. <sup>(3)</sup>

La violencia contra la mujer repercute gravemente en su salud, ocasionando lesiones físicas, embarazos no deseados, abortos inducidos, infecciones de transmisión sexual (incluida la infección por VIH), depresión, trastorno de estrés postraumático y uso nocivo de tabaco, drogas y alcohol y, eventualmente, la muerte.

Después de muchos años de rechazar la posición natural de la mujer en la sociedad y de ser víctima de actos discriminatorios, el mundo, por fin, reconoce cada vez más que la violencia contra las mujeres y las niñas es una grave violación de los derechos humanos, una pandemia de salud pública y un complejo obstáculo para el desarrollo sostenible.

En el Perú, entre los casos de violencia familiar y sexual atendidos en los Centros de Emergencia Mujer del Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables, la agresión en contra de las mujeres (niñas, adolescentes, adultas y adultas mayores) es considerablemente más alta que la que afectó a los varones, registrándose en el año 2015 más

de 50000 casos de mujeres víctimas de violencia familiar y sexual, cifra que representa el 85% frente al 15% de víctimas varones. <sup>(4)</sup>

Nuestro país ha suscrito y ratificado diversos tratados internacionales: Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer y la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer.

La respuesta propia y articulada del Estado empezó desde hace algunos años. En 2009 se aprobó el Plan Nacional Contra la Violencia hacia la mujer 2009-2015. Recientemente, se hacen visibles nuevos esfuerzos desde el Estado, al aprobarse el Plan Nacional Contra la Violencia de Género 2016-2021, mediante el decreto supremo N° 008-2016-MIMP.

Asimismo desde el año 2008 se realiza la vigilancia epidemiológica centinela de violencia familiar (RM N° 455-2001/MINSA), la cual registra la información de casos de violencia atendidos en los establecimientos de salud (hospitales, centros y postas) de 15 regiones del Perú, lo que fue ampliado a 20 departamentos en 2016. <sup>(3)</sup>

En nuestro país, los índices de violencia siguen aumentando considerablemente y desde la perspectiva de salud pública, es un reto impostergable. Dada la complejidad de esta problemática motiva a plantearse nuevas estrategias de sensibilización, prevención e intervención por parte de las administraciones públicas, organizaciones sociales y colectivos profesionales.

La violencia como un problema social obliga a que el sector salud siga promoviendo políticas públicas y estrategias intersectoriales, interinstitucionales, e interdisciplinarias que susciten el debate público para fomentar acciones en los distintos ámbitos de la sociedad: la familia, la comunidad, las instituciones, entre otros.

Nuestro hospital como en todo el Perú y el mundo celebramos anualmente el 25 de noviembre el "Día Internacional de la Eliminación de la Violencia contra la Mujer", y nos sumamos a las iniciativas de No Violencia contra la mujer, con el objetivo de lograr una sociedad consciente, respetuosa y segura para todos.

### Referencias Bibliográficas

1. Quién es la víctima: un análisis desde la antropología apoyada en la psicología. Estefanny Ramírez Pereira.
2. Violencia contra la mujer. OMS 2016.
3. Violencia de Género: Epidemia Global. Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades. 2016
4. Estrada Mora, H. Estadísticas sobre violencia familiar y sexual, violencia contra la mujer y feminicidio en el Perú. Informe Temático N° 126 /2014-2015.

Disponible en

**www.hdosdemayo.gob.pe**

## **OFICINA DE EPIDEMIOLOGÍA Y SALUD AMBIENTAL (OESA)**

### **Director**

Dr. José Luis Bolarte Espinoza

### **Comité de Prevención y Control de Infecciones Intrahospitalarias, Manejo de Antibióticos y Bioseguridad**

Dr. José Luis Bolarte Espinoza

### **Equipo de Trabajo de Vigilancia Epidemiológica**

Dr. Jaime Alvarezcano Berroa

Dr. Marco Antonio Sánchez Ramírez

Dr. Cristhian Resurrección Delgado

Lic. Carmen Lam Villoslada

Lic. Rosario Mucha Huatuco

Lic. Mónica Barrientos Pacherras

Lic. Joel Cadillo Rivera

### **Equipo de Trabajo Salud Ambiental**

Sr. Alfonso Rodríguez Ramírez

Ing. Eduardo Yactayo Infantes

Sr. Jaime Aparcana Moncada

Sr. Jaime Arce Veintemilla

Sr. Raúl Quispe Bocangel

### **Equipo de Informática**

Sra. Andrea Ydoña Cuba

Ing. Estadística Marianela Narro Dueñas

### **Compilación y Edición**

M.C. Milagros R. Zapata Sequeiros R1 Gestión en Salud (UNMSM)

Lima – octubre 2017